NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Liste des Journaux reproduits ou consultés pour la rédaction de l'Encyclographie.

JOURNAUX BELGES.

Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
Annales de la Société de médecine de Gand.
Annales de la Société de médecine d'Anvers.
Annales de la Société de médecine de la province d'Anvers.
Annales de la Société médico-chirurgicale de Verviers.
Annales de la Société de médecine de Verviers.
Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines.
Archives de la médecine militaire Belge.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Annales médico-psychologiques.
Annales de thérapeutique de Rognetta.
Annales d'hygiene publique et de médecine lég.
Annales des maladies de la peau.
Annales médico chirurgicales du Midi.
Archives générales de medecine.
Bulletin de thérapeutique.
Bulletin médical de Bordeaux.
Bulletin des Academies.
Clinique de Montpellier
Gazette medicale de Paris.
Gazette des hôpitaux.
Gazette médicale de Montpellier.
Gazette médicale de Strasbourg.
Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse.
Journal de médecine et de chirurgie pratiques.
Journal des connaissances médicales.
Journal des connaissances medico-chirurgicales.
Journal de médecine de Lyon.
Journal de médecine de Nantes.
Journal de medecine de M. Trousseau.
Journal de mé ecine de Bordeaux.
Journal de chimie médicale.
Journal de la Société de médecine de Montpellier.
Revue medicale
Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie.
Revue médico-chirurgicale de Paris de M. Malgaigne.

NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉE PAR

UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

1re PARTIE.

ARCHIVES

DE LA MÉDECINE BELGE ET REVUE DES JOURNAUX BELGES.

2me PARTIE.

BULLETIN

DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

3me PARTIE.

REPRODUCTION

ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

AVRIL 1849. — 10me SÉRIE. — T. IV.

Bruxelles,

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE DE N.-J. GREGOIR,

FOSSÉ-AUX-LOUPS, 66.

1849.

SOMMAIRE DES ARTICLES CONTENUS DANS CE VOLUME.

Archives de la méd. belge. p. 181—209.
Bulletin de l'Académie royale de médecine belge. 211—251.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉT., PARMAC., ET TOXICO.

Hygiène. 1.

IV. PATHOL., THÉRAPEUT. ET CLINIQ. MÉDIC.

Path. interne. 2—4. *Revue* 20.
Thérapeut. 5—8. *Revue* 19, 24.

V. ACCOUCHEM., MAL. DES FEM. ET DES ENF.

Maladies des enfants. 9—11.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALM.

Path. externe. 12. *Revue*, 23.
Médecine opératoire. 13. *Revue* 21, 22.

VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

Maladies mentales. 14.

IX. Maladies syphilitiques. 15—16.

XII. Généralités. 17.

Bulletin bibliographique. 18.

Sociétés savantes, pag. 216, 248.

Mélanges. 25, 26, 27, 28, 29, 30.

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

(AVRIL 1849.)

MÉMOIRE SUR LA CONSERVATION DE L'OUÏE ;

Par le docteur SCHMALZ, de Dresde.

I. — *Préservation des maladies de l'oreille; et régime à suivre, quand on en est atteint.*

Les règles à suivre pour la conservation de l'ouïe consistent, en général, à soigner la santé le mieux possible, et à éviter, autant que faire se peut, toutes les influences nuisibles, capables d'occasionner un dérangement de cet organe. Ces précautions doivent être prises avec encore plus de soin, lorsque la disposition à ces maladies s'est déjà prononcée, ou qu'elles ont déjà eu lieu plus souvent.

Quant au pavillon de l'oreille, on doit prendre garde *qu'il ne soit pas trop serré contre la tête*, parce que ce rapprochement est contraire à sa destination, et qu'il empêche la conque de recevoir en quantité suffisante les ondulations des sons.

On ne doit jamais *punir les enfants, en leur donnant des soufflets*, en leur tirant ou en leur secouant les oreilles, parce que les parties extérieures sont douées de beaucoup d'irritabilité et étroitement liées à l'intérieur de l'organe.

Que *la perforation du lobule de l'oreille*, lorsqu'elle doit avoir lieu, soit faite par un chirurgien habile et prudent, afin qu'il n'en résulte ni inflammation ni déchirement.

Le cérumen ne doit point être ôté du conduit auditif, à moins qu'il n'y soit accumulé en trop grande quantité, ou qu'il y soit dans un état vicié, parce qu'il est nécessaire aux fonctions de ces parties. En cas de trop grande accumulation, le mieux est de faire des injections d'eau tiède, avec une seringue à bout obtus, et de nettoyer ensuite le conduit, autant que c'est nécessaire, avec une petite baguette (un crayon, par exemple), dont l'extrémité

est garnie de charpie ou de coton. L'usage du *cure-oreille* n'est pas même approprié à ce but; et il est très-dangereux d'introduire profondément dans le conduit auditif, comme il n'arrive que trop souvent, des aiguilles à cheveux, ou autres instruments pointus. Les pellicules délicates, qui couvrent très-légèrement les os du conduit, s'en trouvent bientôt blessées, et privées de leur vitalité, quoique superficiellement. Les suites de toutes ces imprudences ne sont que trop souvent des hémorrhagies, des inflammations et des écoulements, même la carie du conduit auditif, et plus tard, une surdité incurable.

Eprouve-t-on de la démangeaison au pavillon et dans le conduit auditif, on doit bien se garder de les gratter avec le doigt, et surtout avec des instruments, vu que cette irritation peut aisément causer de l'inflammation et toutes ses suites. Qu'on essaye plutôt de calmer ces douloureuses sensations, en enduisant ces parties d'une huile douce, un peu chauffée, ou en l'introduisant goutte à goutte dans le conduit.

Quant à l'oreille interne, et à tout ce qui affecte l'ouïe, on doit principalement *éviter les bruits violents, aigus et perçants.* Il faut, par exemple, se garder de fixer sa demeure dans un moulin ou dans les endroits, où l'on est exposé à entendre de près des décharges d'artillerie; près des usines de fer, de cuivre ou de laiton; près des ateliers de maréchaux-ferrants, de serruriers, de ferblantiers, et de toutes les professions où le marteau joue le principal rôle; on doit même éviter avec soin le bruit fréquent des tambours, des tymbales, des trompettes, et autres instruments métalliques, surtout quand on doit les entendre de trop près. S'il est impossible de se soustraire aux sons de ce genre, il faut, du moins, pendant qu'on y est exposé, *ouvrir la bouche* et *mettre du coton dans les oreilles.*

Il faut de même, autant que possible, garder les oreilles contre tout refroidissement, surtout après qu'elles ont été échauffées, et en garantir non-seulement la tête, mais aussi le corps entier. Il est particulièrement dangereux de s'exposer à un courant d'air, quand on a la tête découverte, ou échauffée; de se laver alors cette partie à l'eau froide; de se faire couper les cheveux courts, dans un grand froid, ou quand il règne un vent pénétrant; de coucher dans des draps mal séchés; d'habiter un local froid et humide, et surtout d'y coucher; d'avoir au lit la tête placée près d'une fenêtre qui joint mal, ou près de toute autre ouverture, etc. Est-on dans l'absolue nécessité de s'exposer longtemps à un grand froid, ou à un vent âpre, il est prudent au moins de garantir les oreilles, chez les hommes, par le collet retroussé du vêtement, ou en porte au bonnet des couvre-oreilles, chez les femmes, en mettant

desbonnets ouatés, ou en protégeant les oreilles à l'aide d'un drap, ou même dans des cas particuliers, qui seront désignés plus bas, on peut se les boucher avec du coton, afin que le froid n'agisse pas sur leur intérieur.

Cependant on ne doit pas exagérer ces précautions, parce que l'oreille, de même que toutes les autres parties du corps, devient d'autant plus sensible qu'on la désaccoutume des influences du temps. C'est pourquoi j'emploie, avec beaucoup de succès, les lotions et irrigations de tout le corps à l'eau froide et les frictions sèches consécutives, pour endurcir le corps et pour l'habituer successivement à supporter ces intempéries.

Au commencement et lorsque la sensibilité est grande, il faut employer de l'eau tiède, mais en abaisser successivement la température, jusqu'à ce qu'elle soit aussi froide qu'on la trouve dans les puits. Durant ces lotions, il convient de n'en exclure nullement les cheveux, ni de couvrir la tête d'un bonnet de taffetas ciré, ni de boucher les oreilles avec du coton, mais il faut toujours mouiller les cheveux quand on lave la tête. Chez les hommes, on doit presser plusieurs fois une grande éponge sur la tête ; chez les femmes, dont les longs cheveux se sèchent difficilement, on doit mouiller et refroidir au moins le front et la partie de la tête jusqu'à son sommet. Je crois même les précautions mentionnées tout à fait nuisibles, parce que par-là le sang est engagé à se porter davantage vers la tête que vers les autres parties du corps mouillées et refroidies, et que cette affluence trop forte cause souvent des maladies d'oreille.

Dans les congestions vers les oreilles, et dans la convalescence des maladies inflammatoires, rhumatismales et catarrhales, ainsi qu'après la guérison des écoulements, des polypes, etc., non-seulement on peut, avec circonspection, employer des bains de pieds et de siége froids et tièdes, selon la manière usitée dans les établissements à l'eau froide, mais encore on peut quelquefois verser dans les oreilles de l'eau tiède et peu à peu plus froide, et l'y retenir jusqu'à ce qu'elle soit devenue chaude. Je recommande parfois même les bains de tête, tels qu'on les emploie dans les établissements mentionnés, comme moyen diététique contre les congestions considérables de la tête.

Je crois en général nuisible de se boucher les oreilles avec du coton, quoique ce moyen soit très-usité et qu'il soit fait ordinairement non-seulement sans un conseil médical, mais encore sur la recommandation des médecins dans toutes les maladies d'oreille. Par ce procédé le conduit auditif s'échauffe et le sang se porte plus fortement vers la tête. Si dans toutes les affections, où les

conduits auditifs se trouvent sains ou un peu plus secs qu'à l'état normal, ce moyen est inutile ou même souvent désavantageux, il est, au contraire, absolument nuisible dans l'irritation inflammatoire du conduit auditif et de la caisse, vu que l'état inflammatoire est entretenu et souvent aggravé par la constante affluence du sang vers la tête.

C'est pourquoi j'ai banni ordinairement le tamponnement des oreilles par du coton, et je le permets seulement dans les cas suivants : savoir, — 1° si l'on est obligé de sortir ou de voyager par un grand froid, ou par un vent violent; — 2° s'il y a une si grande disposition à des affections d'oreille et à des refroidissements en général, que le moindre vent coulis produise sur-le-champ des douleurs rhumatismales ou autres symptômes pathologiques; — 3° si les oreilles se trouvent dans un état d'irritation par les injections ou par d'autres opérations; — 4° si le malade est atteint d'un fort écoulement, pour cacher l'odeur fétide et l'aspect désagréable. Même dans des cas semblables, il vaut mieux garantir les oreilles contre le froid et les soustraire à la vue par les moyens indiqués plus haut. Si cela cependant est impossible ou insuffisant, ce qui arrive surtout aux hommes, alors je conseille de ne pas obstruer tout le conduit auditif, mais de boucher seulement légèrement son entrée, et d'employer à cet effet de la charpie, au lieu du coton. Cette précaution, en outre, ne doit se prendre qu'aussi longtemps que cela est absolument nécessaire. C'est pourquoi il convient d'ôter la charpie, dans les trois premiers cas, aussitôt que l'on entre dans un local chaud, et dans le quatrième, aussitôt qu'on a quitté la société. — 5° quand on prend un bain de rivière et principalement quand on est accoutumé à plonger, on doit se boucher les oreilles avec un peu de coton trempé dans de l'huile, sinon il se formerait une inflammation des conduits auditifs et plus tard une dureté d'ouïe provenant de l'eau restée dans l'oreille. Ce moyen est particulièrement indispensable, si la membrane du tympan est perforée ou détruite, vu que la caisse, qui est déjà fréquemment irritée par l'air froid, ne supporte pas bien l'eau fraîche ou froide.

Dans les maladies, qui attaquent fréquemment et par sympathie l'oreille, le malade doit absolument régler son régime d'après les ordonnances du médecin qui le soigne, et suivre celles-ci d'autant plus exactement, que la maladie générale a atteint un plus haut degré, et que, par suite des maux d'oreille, dont l'individu a déjà souffert plusieurs fois, il y est d'autant plus enclin.

Considérant qu'un grand nombre de personnes, atteintes de l'une ou l'autre des maladies susmentionnées, se dispensent d'avoir recours aux conseils des médecins, je fixerai brièvement leur at-

tention sur quelques points importants. *Il faut surtout éviter avec soin ce qui peut augmenter le cours du sang vers l'organe de l'ouïe et la tête en général, ou ce qui peut occasionner la translation d'une matière morbide sur l'oreille.* C'est pourquoi il convient de suivre un régime doux, et de ne prendre qu'une nourriture légère et de facile digestion ; d'éviter les mets fortement épicés, les viandes salées et fumées, les boissons échauffantes, telles que l'eau-de-vie, le rhum, le grog, le punch, le vin, le thé vert, et même, si le mal est plus violent, la bière et le café. Au contraire, il est convenable de s'en tenir aux boissons rafraîchissantes et atténuantes, telles que l'eau pure, sucrée, ou acidulée par le jus de citron, par l'acide tartrique, ou par la crême de tartre purifiée, aux décoctions mucilagineuses, d'orge, de gruau, de riz, et autres de cette nature.

On doit aussi mettre le plus grand soin à ce *qu'aucune journée ne se passe, sans avoir le ventre libre*, et, dans le cas contraire, provoquer les évacuations alvines par l'usage des fruits cuits, par une abondante boisson d'eau, par des lavements, et autres moyens diététiques, ou même, par quelque doux laxatif.

Il faut, de plus, *s'habiller chaudement*, en ayant soin toutefois que les vêtements ne portent pas plus fortement le sang vers la tête, effet toujours produit par des cravates trop roides et trop serrées, par les corps baleinés, et autres pièces de vêtement étroites et gênantes. Il faut aussi éviter tout ce qui peut trop *échauffer* ou *refroidir* le corps, notamment, la tête, le cou et la poitrine, ainsi que les pieds. C'est pourquoi, l'on doit conseiller aux personnes délicates et irritables de ne pas sortir, quand l'air est rude et pénétrant, et en cas que les indispositions susmentionnées aient atteint un degré plus fort, de rester dans une chambre chauffée à une température égale, ou même sans sortir de leur lit.

Les maladies du bas-ventre et celles des humeurs exigent, par contre, beaucoup d'exercice en plein air, pourvu qu'il soit pur et sec, et elles s'améliorent en général par un séjour à la campagne.

Lorsque *le sang se porte vers la tête*, il convient, s'il n'y a pas de tendance aux affections goutteuses et rhumatismales, de tenter une dérivation du sang vers les extrémités inférieures, par des bains de pieds froids où tièdes prudemment employés.

Dans *les douleurs de dents*, et même dans les cas de *carie*, surtout, lorsqu'il s'est déjà manifesté une disposition aux maladies de l'ouïe, il convient de ne pas faire arracher tout de suite les dents gâtées, surtout sans un avis médical compétent, mais de supporter, dans ce cas-là, plutôt un moindre mal, que d'en faire naître un pire.

Le meilleur conseil à donner à ceux qui sont affligés d'une dureté d'oreille est de ne point compter pour sa guérison sur la force médicatrice de la nature, mais de s'adresser sans délai à un médecin voué au traitement des maladies de cet organe, afin de combattre à temps, par des remèdes convenables, internes et externes, ainsi que par des moyens thérapeutiques et opératifs, une maladie déjà trop rebelle aux secours de l'art, même quand elle est récente. Et j'ajouterai, *quant aux enfants*, que les parents ne doivent point compter sur la guérison spontanée des maladies de l'ouïe, mais recourir aussi promptement que possible, avant que le mal ait pris racine, aux personnes capables de leur donner de salutaires conseils.

Lorsque la dureté d'oreille date de plusieurs années, sa guérison, si du moins le mal n'est pas dû à des causes extérieures, exige beaucoup de temps et de patience, tant de la part du médecin, que de celle du malade. Dans ce cas, les remèdes qui agissent sur l'organisme entier, quand ils sont employés seuls, n'ont que rarement un effet assez salutaire sur le mal local, vu qu'ils affectent beaucoup plus difficilement l'intérieur de l'oreille que les autres parties du corps. Dans la plupart des cas, la dureté d'oreille n'est surmontée, si du moins la guérison en est possible, que par *l'emploi simultané des moyens locaux* (*agissant sur l'organe de l'ouïe*), tels que les douches d'air, les vapeurs et les injections de diverses espèces, qui par la trompe d'Eustachi, ou par le conduit auditif, et par la membrane du tympan détruite, doivent être introduites dans l'intérieur de l'oreille. Cependant, aussi longtemps que dure la maladie générale, on ne saurait beaucoup espérer du traitement du mal de l'ouïe par des moyens locaux, attendu que, aussi longtemps que les causes de la dureté d'oreille ne sont pas écartées, elles reproduisent aisément le même dérangement de l'ouïe. C'est pourquoi il est nécessaire, au commencement de chaque cure, de s'évertuer à détruire la maladie générale, et les causes qui l'entretiennent, par des remèdes généraux, afin de la simplifier, et de passer ensuite à un traitement local.

Entrant maintenant dans quelques détails, je dirai brièvement quel régime il faut observer dans les maladies de l'oreille et de l'audition les plus fréquentes et les plus graves; néanmoins, je crois indispensable de faire observer, que même ce que je vais dire n'a de valeur que lorsqu'il n'y a pas de médecin dans le voisinage, et qu'on ne doit en faire l'application que jusqu'à son arrivée.

Le mal d'oreille le plus fréquent est *l'écoulement*, c'est-à-dire, e flux du conduit auditif, d'une matière muqueuse ou purulente, souvent fétide, d'une consistance plus ou moins épaisse. Cet écoulement d'oreille peut provenir non-seulement de la membrane qui

tapisse ce conduit et recouvre la membrane du tympan, mais aussi (après la destruction de cette dernière) de la caisse du tympan, et même du labyrinthe. Ce mal, presque toujours de longue durée, a pour cause prochaine l'inflammation lente des parties de l'oreille, qui passe souvent à l'état d'ulcération, auquel peuvent se joindre, soit, comme cause occasionnelle, soit, comme suite, des excroissances du conduit auditif et de la caisse du tympan. Quoique de pareils écoulements puissent durer des années entières, sans autre inconvénient que celui de l'accroissement graduel de la dureté de l'ouïe, il n'en est pas moins très-possible qu'un écoulement, de la nature même la plus bénigne, prenne à la longue un caractère acrimonieux, et que non-seulement les parties extérieures de l'oreille, qui en sont touchées, en deviennent excoriées et ulcérées, mais que la même chose ait lieu dans l'intérieur de l'organe, et qu'il se répande par là toujours davantage, en faisant des progrès plus ou moins rapides. On ne saurait, par conséquent, recommander assez aux personnes affligées de pareils maux, de ne point perdre de temps pour en obtenir la guérison, facile au commencement, et d'appeler sans délai un médecin, au lieu de n'avoir recours à lui que lorsqu'il ne peut plus faire que très-peu, ou point de bien du tout. D'ailleurs, les parties intérieures de l'oreille sont si profondément enfoncées dans la tête, que la cessation subite de l'écoulement, ou la propagation graduelle de l'inflammation, peut très-aisément se communiquer aux membranes du cerveau et au cerveau même, et causer des accidents qui mettent la vie en danger.

Lorsqu'un écoulement du conduit auditif a lieu, la première chose à observer, *c'est la plus grande, et la plus constante propreté.* C'est pourquoi il faut, au moins une fois par jour, injecter dans l'oreille ou les oreilles coulantes, au moyen d'une seringue, de l'eau tiède, et l'essuyer de temps en temps avec de la charpie. De plus, on doit soigneusement *éviter* tout ce qui peut donner lieu à *une suppression subite du flux, et bien se garantir contre un refroidissement et une exposition à l'humidité* de tout le corps, surtout quand il est échauffé, principalement contre tout courant d'air dirigé vers les oreilles, et contre l'humidité des pieds. Pour obtenir ce but, les personnes susceptibles de ces impressions doivent se vêtir chaudement, et ne pas sortir par un temps froid, orageux et pluvieux; quand elles y sont absolument obligées, elles doivent se couvrir l'oreille souffrante avec un drap léger, avec un sachet rempli de farine de fèves, ou boucher l'oreille avec un peu de coton. Tout le reste est du ressort du médecin, qui, après avoir soigneusement examiné le conduit auditif, et toutes les autres parties

de l'oreille, au moyen d'un instrument destiné à cet usage (nommé *spéculum de l'oreille*), doit prendre en considération les causes premières du mal. Je ne saurais assez recommander aux malades de n'employer jamais, sans direction médicale, des remèdes locaux qui peuvent supprimer un écoulement, vu que l'expérience a fait connaître les suites funestes que peut avoir une pareille imprudence.

Une autre maladie très-fréquente de l'oreille est l'inflammation (aiguë), que l'on appelle aussi *otalgie*. Ce mal, qui peut être produit par une variété de causes, se manifeste, ou simplement par une *douleur plus ou moins violente*, ou, en outre, par les autres symptômes de l'inflammation, tels que *rougeur, chaleur, enflure;* et, dans un plus haut degré, elle est accompagnée de fièvre, de douleur de tête, d'insomnie, etc. Elle peut avoir son siége dans l'extérieur, ou dans l'intérieur de l'oreille, ou, tout à la fois, dans l'un et dans l'autre. Cette maladie, toujours grave et importante, exige la prompte assistance d'un médecin ou d'un chirurgien, qui, dans la plupart des cas, trouvera certainement une saignée nécessaire. L'omission de cette mesure peut avoir non-seulement les conséquences les plus fâcheuses pour l'ouïe, mais produire des accidents mortels.

Jusqu'à l'arrivée du médecin, on doit chercher à éloigner les causes occasionnelles, autant qu'il est possible; se tenir parfaitement tranquille de corps et d'esprit, éloigné de toute espèce de bruit (à quel effet on peut introduire un peu de charpie dans le conduit auditif du côté souffrant), et d'une lumière trop forte; mangeant peu, et s'en tenant à une nourriture végétale. On doit prendre d'autant plus de boissons rafraîchissantes et atténuantes, parmi lesquelles j'indiquerai particulièrement l'eau pure ou avec du sucre et du jus de citron, ou de la limonade d'acide de tartre, ainsi que l'eau acidulée par le suc de divers fruits rouges, tels que celui des framboises, des cerises aigres et autres, et par la crême de tartre purifiée, et même l'eau avec du nitre.

Lorsque l'inflammation et la douleur ont atteint un plus haut degré, on peut employer, *localement* : des vapeurs émollientes, des cataplasmes sur l'oreille, et des injections dans le conduit auditif, faites avec des décoctions d'herbe de mauve, de semences de lin, de feuilles et de racines de guimauve; et *à l'intérieur* : des purgatifs rafraîchissants, des électuaires apéritifs, une infusion de follicules de séné, avec du sel de Glauber ou du sel amer, une poudre composée de crême de tartre purifiée et de fleurs de soufre; et pour détourner l'affluence du sang vers la tête, des bains de pieds tièdes ou froids, avec ou sans sel, cendres et moutarde.

Les corps étrangers, animés ou inanimés, qui d'une manière quelconque se sont introduits dans le conduit auditif, occasionnent assez souvent des accidents graves, tels que *des bourdonnements, la dureté d'oreille, des écoulements, l'inflammation du conduit auditif*, et peuvent même causer *des spasmes*. La prompte extraction de ces divers corps étant souvent nécessaire pour éviter les accidents susmentionnés, surtout lorsqu'ils sont de nature à pouvoir s'enfler; mais le prompt secours d'un médecin, surtout à la campagne, n'étant pas toujours possible, je crois nécessaire d'indiquer, un peu plus en détail, ce qu'on doit faire en pareils cas.

On a trouvé dans le conduit auditif des vers et des insectes, par exemple, de petites mouches, des puces, etc. Ces animaux, tout petits qu'ils soient, causent des douleurs violentes, surtout lorsque la destruction de la membrane du tympan leur a permis de pénétrer jusque dans sa caisse. Il faut alors, au moyen d'une pincette, ou d'un cure-oreille, essayer de les saisir, et *de les extraire*. Si ce procédé ne réussit pas, ou si ces animaux sont trop petits, on doit tâcher de les engager dans un flocon de coton, qu'on insinue, sec ou humecté d'huile, dans le conduit auditif. Si cet essai n'a pas plus succès, il faut tenter, *de les faire sortir*, au moyen d'injections tièdes et aqueuses, *ou de les tuer*, en y introduisant de l'huile goutte à goutte.

Les corps inanimés, tels que de petites pierres, des morceaux de charbon, des noyaux de cerises, des grains de café, des perles de verre, ainsi que des pois, des fèves, de lentilles, et autres corps semblables, sautent quelquefois dans les oreilles des tailleurs de pierre, des ouvriers qui travaillent aux chaussées, des mineurs, etc., ou sont introduits par les enfants dans leurs différents jeux. La prompte extraction de ces corps est principalement et d'autant plus nécessaire chez ces derniers, que, par la pléthore naturelle à leur âge, l'inflammation du conduit auditif, avec toutes ses conséquences, se développe chez eux beaucoup plus vite que chez les adultes. On tâche *d'éloigner ces corps étrangers au moyen d'injections douces*, du moins, lorsqu'ils ne sont pas de nature à enfler par leur contact avec les fluides injectés, et à augmenter par là en grosseur, comme, par exemple, les pois, les fèves, etc. Ou bien, après qu'on aura insinué goutte à goutte de l'huile dans le conduit auditif, après avoir élargi ce dernier en tirant le pavillon en arrière et en haut, et avoir placé pour cela le conduit dans la position la plus droite, on fait son possible pour *extraire le corps étranger avec un cure-oreille ou avec une petite spatule* légèrement courbée. Si ce procédé ne réussit pas, on peut lier les deux pointes d'une épingle à cheveux à une baguette (un crayon, par exemple),

et alors, au moyen de cette épingle recourbée à son extrémité postérieure, suivant le besoin, tâcher de saisir le corps étranger.

On peut regarder comme corps étrangers, obstruant le conduit auditif, des bouchons de cire d'oreille tout à fait endurcie, et l'on y rencontre assez souvent des polypes, et autres pareilles excroissances. Mais, considérant que leur présence entretient le conduit presque constamment dans un état d'inflammation, et que leur élimination n'est pas assez urgente, pour ne pas admettre quelque délai, je crois inutile d'en parler, et plus convenable *de laisser au médecin* le choix des moyens à employer.

Les liquides introduits dans l'oreille, l'eau par exemple, qui y entre en se baignant et en plongeant, peuvent causer divers maux. Pour l'ordinaire, on peut facilement se délivrer de ces liquides, *en introduisant*, à plusieurs reprises, *dans le conduit auditif un peu de coton*, qui les imbibe. La sensation désagréable, que cause dans l'oreille l'introduction des liquides, peut pourtant continuer encore pendant quelque temps, après même qu'on les en a éloignés (de même, par exemple, qu'on croit encore sentir un corps étranger dans l'œil, après qu'on l'en a extrait), de sorte que le malade croit le liquide encore dans son oreille.

Si l'on considère la conformation admirable et compliquée de l'organe auditif, et si l'on réfléchit que la dureté de l'ouïe et la surdité peuvent provenir des causes les plus différentes, et même entièrement opposées l'une à l'autre, et que, par suite, les altérations organiques les plus variées peuvent avoir lieu dans l'organe de l'ouïe, on comprendra aisément qu'un seul remède ne peut pas être adapté à des circonstances aussi différentes, si même dans plusieurs cas individuels, auxquels il convenait, il a pu être utile. Ces considérations suffiront pour apprécier à leur juste valeur les éloges prodigués à tant de remèdes, surtout à tant d'arcanes contre la surdité, par lesquels des personnes crédules ne sont que trop souvent trompées, non seulement au prix de beaucoup d'argent, mais très-fréquemment même au plus grand détriment de leur santé. En effet, considérant que la pluralité des maladies de l'ouïe sont accompagnées d'une inflammation lente, et que les remèdes préconisés, qui consistent pour la plupart en injections, ou en fluides à introduire goutte à goutte dans le conduit auditif, sont souvent de nature âcre et irritante (comme par exemple *l'huile d'oreille de Méne Maurice*), il est naturel que ces remèdes, dans le plus grand nombre de cas, en augmentant l'inflammation, doivent empirer la dureté d'oreille, et la rendre souvent incurable, et que l'on ne saurait être assez sur ses gardes contre de semblables moyens.

II. — 7. *Machine propre à faciliter l'ouïe.*

C'est après avoir fait nombre d'observations et d'expériences à cet égard, que j'ai imaginé un instrument, qui reçût et conduisît convenablement dans l'oreille les ondulations sonores, et qui fût néanmoins exempt des deux principaux désavantages, qu'on reproche aux autres, c'est-à-dire, le bruissement qui en accompagne l'usage, et les inconvénients, qui résultent de leur forme et de l'impression qu'elles font sur les spectateurs. L'observation, que la plupart des sourds ont l'habitude d'appliquer le creux de la main à leur oreille pour faciliter la perception des sons, me donna la première idée des bassins acoustiques dont je me suis servi dès lors avec succès dans la plupart des cas, où la dureté d'oreille n'avait pas atteint un très-haut degré d'intensité.

Cet instrument consiste en *deux bassins concaves, elliptiques*, ou paraboliques, et *deux plaques*, percées en forme de crible, qui leur sont attachées par en haut et par derrière. Les bassins sont destinés à pousser un peu l'oreille en avant, et la placer dans la position la plus favorable pour entendre, ainsi qu'à recevoir les ondulations, et à renforcer le ton par leur répercussion dans l'oreille.

Cet appareil *laisse aux mains leur pleine liberté*, vu que les deux bassins peuvent être liés entre eux, et serrés contre la tête par un ressort, qui passe par dessus elle, et qui est fixé aux bassins, au moyen des deux plaques mentionnées. Chez les femmes, il peut en quelque sorte suffire de les retenir par des rubans passant au-dessus et au-dessous de la tête, surmontés par un bonnet, qui cependant doit joindre exactement, surtout par derrière.

Ces bassins acoustiques doivent être revêtus dans leur surface convexe d'une étoffe de couleur semblable à celle des cheveux de la personne qui les porte, ou ainsi peints, et peuvent aussi à l'extérieur être couverts de cheveux ou de boucles. C'est pourquoi ils se cachent très-facilement sous les bonnets ou les chapeaux des femmes, et ne paraissent guère plus extraordinaires chez les hommes, qu'une paire de lunettes sur le nez, aux yeux de ceux qui ne sont pas accoutumés à les voir.

Quant aux matériaux dont ils se composent, on peut les faire, soit de *corne*, de *papier mâché*, de *bois*, soit de *divers métaux*. Jusqu'à présent je n'ai employé que le métal, notamment *l'argent*, *le laiton* ou *le fer-blanc*, parce que le métal prend plus aisément, que les matériaux nommés avant lui, la forme convenable, et s'adapte, même quand les bassins sont achevés, aux particularités de chaque tête. Je préfère cependant l'argent aux autres métaux, parce qu'il produit la meilleure résonnance.

Dans les cas de dureté d'ouïe nerveuse, où la faible consonnance du métal incommode le malade, je fais revêtir l'intérieur du bassin d'une peau mince, mate ou reluisante, qui a toujours remédié complétement à l'inconvénient en question. — Considérant que plusieurs sourds ont l'habitude de placer la main creuse derrière et au-dessus de l'oreille, de manière que la plus grande distance à laquelle celle-ci se trouve de la tête n'est que d'un demi-pouce, j'ai fait aussi donner à quelques-uns de ces instruments le même degré de platitude, ce qui m'a, à la vérité, obligé à en augmenter la circonférence, précaution sans laquelle ils n'auraient pas pu recevoir en quantité suffisante les ondulations sonores. Des bassins aussi plats conviendront aux femmes, quand elles sortent, vu qu'ils ne tiennent pas leur chapeau aussi écarté de la tête. — J'en ai fait confectionner d'autres avec une charnière, afin d'augmenter ou diminuer à volonté la quantité des ondulations conduites dans l'oreille.

La machine, que je viens de décrire, a encore *l'avantage*, que, par un grand froid, et surtout par un vent violent, elle garantit les oreilles du malade, qui veut sortir, contre l'influence nuisible de ces intempéries, et par conséquent contre le refroidissement, sans toutefois les échauffer. Par là les sourds peuvent se passer d'envelopper leurs oreilles d'un drap, précaution à laquelle ils sont d'ailleurs très-souvent obligés pendant l'hiver, et par laquelle leur dureté d'ouïe est encore plus augmentée.

Considérant la simplicité de l'appareil acoustique que j'ai proposé, et qui n'est, au reste, qu'un perfectionnement du moyen naturel et si utile, qu'emploient les personnes affligées de dureté d'oreille, c'est-à-dire, l'application du creux de leur main derrière et sur les oreilles, pour recevoir en plus grande quantité les ondulations du son, et les conduire dans le conduit auditif, on ne peut que s'étonner, que de pareils bassins n'aient pas encore été décrits. Je ne connais, du moins, aucune description de machines de la même forme ; vu que celles que *Leber* et *Bell* ont indiquées, dans le même but, diffèrent essentiellement de la mienne, en ce qu'elles doivent être tellement fixées à la conque de l'oreille et au conduit auditif, qu'elles revêtissent, pour ainsi dire, l'intérieur de ces parties, et que, dans ce but, elles sont, pour la plupart, munies de petits tuyaux conducteurs ; et vu que les bassins, les capsules de fer-blanc et les écrans, recommandés par *Négrier* et autres, n'égalent en rien, ni par leur forme, ni par leur emploi, les bassins de mon invention (1).

(1) La machine auditive, que je viens de décrire, et dont la confection et l'application exigent la plus grande exactitude, afin qu'elle s'adapte partout

Celui qui désirerait plus de détails sur cet objet, les trouvera dans mon « Traité de la conservation de l'ouïe, contenant des ren-« seignements sur la conformation et la fonction de l'organe au-« ditif, sur les maladies de l'oreille et de l'audition, sur la préser-« vation de ces maladies et le régime à suivre quand on en est « atteint, ainsi que sur les principaux instruments propres à faci-« liter l'ouïe. » 2e *édit. avec* 3 *planches gravées. Dresde et Leipsic* (chez Arnold) 1839.

RAPPORTS SEMESTRIELS DES HOPITAUX ET INFIRMERIES.

Premier semestre de 1848.

M. Gouzée a fait paraître un rapport, qui a déjà tracé une esquisse des phénomènes météorologiques ainsi que des maladies qui se sont rencontrées le plus communément pendant les six premiers mois de cette année, mais la succession des constitutions morbides n'ayant pas été, dans beaucoup de garnisons, la même qu'à Anvers, nous croyons devoir en donner un rapide exposé.

Le résumé des maladies observées pendant le dernier semestre de 1847 a constaté que la grippe était la seule maladie épidémique qui sévissait dans l'armée, à l'époque où commence le semestre dont nous allons rendre compte. Cette épidémie de grippe, survenue vers la mi-décembre, a duré environ deux mois ; à la fin de février, on n'en rencontrait plus que quelques cas rares dans certaines garnisons.

Durant tout le mois de *janvier* le temps était sec, le froid excessif, le thermomètre resta constamment sous zéro et plusieurs fois il descendit jusqu'à —8° ou —10°. On sait combien une température aussi basse est nuisible à l'organisation humaine en général : la statistique a prouvé depuis longtemps que sous une pareille influence météorologique la mortalité est très-grande. Cette observation a été confirmée par les décès nombreux survenus dans la plupart de nos hôpitaux, et bien plus encore par ceux des populations civiles. Le nombre des malades, à cette époque, a donc été bien plus élevé que d'ordinaire, et conformément à ce qui a été remarqué en pareille circonstance à Londres et dans d'autres villes, l'influence de ce froid vif s'est fait ressentir quelque temps

bien à la tête, et conduise les sons dans les oreilles, revient : celle d'argent, douée de la meilleure résonnance, à 25 francs; et je m'offre à la faire fabriquer (ainsi que tous les autres instruments), si l'on m'en adresse la demande. Dans ce cas, on peut se passer d'y joindre la mesure de la tête, parce que, en satisfaisant à cette demande, j'envoie les deux bassins séparés, et sans les assujettir au ressort, en y ajoutant une instruction détaillée pour leur réunion et leur application à la tête.

après l'adoucissement de la température. Aussi ne pouvons-nous pas confirmer pour les autres garnisons ce que M. Gouzée dit dans son rapport sur le mois de *février*, qui fut en entier doux et humide, et qui, à *Anvers*, offrit peu de malades, car les notes statistiques des hôpitaux de *Bruxelles*, *Louvain*, *Liége*, *Namur*, *Philippepille*, etc., constatent positivement qu'il y a encore eu en février un grand nombre de maladies parmi lesquelles il y avait beaucoup d'affections graves. Ce n'est que vers la fin de ce mois que la constitution morbide s'est améliorée, mais la mortalité se maintint encore au-dessus du chiffre ordinaire.

Les maladies graves les plus communes pendant ce temps furent les inflammations aiguës du poumon, des plèvres et des bronches, les rhumatismes articulaires, et comme nous l'avons dit, la grippe, qui présenta parfois des complications sérieuses. Un grand nombre de phthisiques succombèrent pendant ces deux mois.

Il y eut en même temps dans beaucoup de garnisons des fièvres typhoïdes, des récidives de fièvres paludeuses, des varioles et scarlatines; et chose remarquable, ces affections ne paraissaient aucunement influencées par la température ni par l'épidémie de grippe. Elles ne disparurent pas, ni ne se multiplièrent; c'étaient des cas isolés absolument semblables à ceux que nous rencontrons presque constamment dans nos hôpitaux.

En *mars*, quoique le temps fût en général humide et doux, mais très-variable, il y eut encore beaucoup de malades. Presque tous nos hôpitaux présentaient un mouvement extraordinaire; mais, disons-le de suite, cela tenait en grande partie à une cause étrangère à la constitution météorologique: l'effectif de l'armée venait d'être porté presque au double de ce qu'il avait été en février. Il en résulta dans les casernes un encombrement excessif, et certains bâtiments qui n'étaient aucunement appropriés au logement de la troupe, tels que l'entrepôt de Bruxelles, durent forcément être occupés. Cet encombrement ne contribua pas seulement à vicier l'air, mais un grand nombre de soldats étant obligés de coucher deux à deux, quelques maladies contagieuses se répandirent. Ajoutez à ces désavantages hygiéniques des fatigues plus fortes pour certains bataillons cantonnés ou bivaqués sur la frontière, ainsi que pour les garnisons où les fortifications étaient mises en état de siége, et l'on comprendra aisément que le nombre des maladies devait être très-élevé. C'est dans de pareilles circonstances que la vie de l'homme de guerre est rude et que son organisation doit combattre sans cesse une foule de causes morbigènes que l'hygiène pourrait annihiler ou prévenir, mais que la suprême nécessité de la défense fait négliger, ou rend inapplicables.

Les maladies les plus communes pendant ce mois, et ce fut surtout vers la fin du mois qu'elles devinrent fréquentes, furent les inflammations des organes pulmonaires, les arthrites, les érysipèles graves, les ophthalmies aiguës et quelques méningites et péritonites. Le nombre en fut réellement plus grand que ne le comportaient l'augmentation proportionnelle des garnisons, ou les fatigues dont nous venons de parler ; aussi, croyons-nous pouvoir invoquer, comme condition étiologique accessoire, une constitution morbide particulière à cette saison.

Les fièvres printanières commencèrent dès lors à se déclarer ; les dothinentérites se multiplièrent et les maladies contagieuses, telles que la gale et la syphilis, devinrent fort communes.

Un autre ordre de maladies : les phlegmons, les furoncles, les engorgements glandulaires et les panaris, se présentèrent aussi très fréquemment.

Le mois d'*avril*, dont les phénomènes météorologiques furent à peu près les mêmes, offrit les mêmes affections aiguës des poumons, puis des arthrites, des abcès, des ophthalmies, etc. ; toutefois les bronchites furent plus rares et les fièvres intermittentes au contraire beaucoup plus nombreuses.

La gale et la syphilis, que bon nombre de permissionnaires avaient importées dans les corps, diminuèrent déjà.

En *mai*, quoique le temps fût sec, le ciel clair et serein, en un mot, quoique ce mois presque en entier fût beau, les pneumonies et les pleurésies se présentèrent encore fréquemment, mais il y avait déjà une amélioration sur le mois précédent. Les ophthalmies catarrhales et arthritiques ainsi que les fièvres d'accès se répandirent encore. Dès ce moment se montrèrent les affections du canal alimentaire : les saburres de l'estomac, les gastro-entérites, les colites, les diarrhées, etc.

Juin fut en général humide et assez froid pour la saison, le nombre des maladies inflammatoires resta encore au-dessus du chiffre normal, toutefois il diminua de nouveau.

Les fièvres d'accès, dans les villes où nous pouvons les considérer comme fièvres printanières, ou dans celles où elles avaient été importées d'autres garnisons, se présentèrent moins fréquemment, mais dans d'autres où l'élément paludéen en est la cause ordinaire, entr'autres à *Ostende* est à *Termonde*, elles augmentèrent en nombre.

Beaucoup de granulés se rencontrèrent à cette époque parmi les miliciens de la classe de 1846 qui venaient du camp de *Beverloo*.

En réfléchisssant à l'étiologie des affections intra-thoraciques aiguës qui furent si communes pendant les derniers trois mois du

semestre ; en se rappelant combien le temps du mois de mai avait été différent de celui des autres mois, on est bientôt convaincu que les phénomènes météorologiques saisissables n'y ont pas exercé une influence marquée ; et cependant, l'encombrement des casernes et la fatigue non ordinaire d'une partie de l'armée ne peuvent pas non plus nous donner une explication satisfaisante de ce fait. Force nous est donc de recourir à l'hypothèse d'un génie inflammatoire particulier, sous l'action duquel ces maladies se sont développées pour la plupart.

Au résumé, la grippe seule a sévi d'une manière vraiment épidémique ; car, quoique nous attribuions également les inflammations pulmonaires et arthritiques à une cause spéciale, inconnue, leur fréquence n'était pas assez grande pour mériter le nom d'épidémie. Quant aux fièvres intermittentes, elles étaient dues pour la plupart à une influence de saison. Les autres maladies les plus communes devaient être attribuées, les unes à la contagion, les autres, telles que les furoncles, abcès, panaris, etc., à une cause que nous indiquerons plus bas.

Passons maintenant en revue ce que quelques-unes de ces maladies ont offert de particulier.

Grippe. — Nous passerons sous silence les caractères de cette affection ; mais nous confirmerons seulement, d'après les rapports des autres hôpitaux, ce que M. Lebeau a dit du siége de la maladie qui s'étendait souvent de la muqueuse bronchique à la muqueuse gastrique et intestinale, et parfois même, à celle de la vessie. Cette variété dans les formes et le siége de l'affection laissèrent même quelques collègues dans le doute sur la dénomination à lui donner ; ce ne fut que vers la fin de l'épidémie, lorsqu'ils eurent appris que dans toutes les autres villes cette même maladie avait été considérée comme la grippe, qu'ils lui donnèrent ce nom.

Chose remarquable, pendant que la grippe sévissait à *Malines* et à *Termonde*, où elle attaqua un très-grand nombre d'habitants, à peine trois ou quatre soldats de ces garnisons en furent-ils atteints. Quelle a pu être, dans les habitudes ou le logement de ces soldats, la condition particulière qui les a soustraits aux influences météorologiques ou telluriques qui ont occasionné cette épidémie tout autour d'eux ? Ce ne peuvait être une condition inhérente à la vie militaire, puisque dans toutes les autres garnisons la troupe a été atteinte de la maladie. Ce sont des exceptions de cette nature, de ces bizarreries que rien n'explique, qui rendront toujours l'étiologie des épidémies si obscure.

Inflammations des organes intra-thoraciques. — Presque tous les rapports constatent que rarement il s'est présenté un nombre

aussi considérable de ces affections; qu'elles avaient une gravité inaccoutumée, et que la convalescence qui s'ensuivait était souvent longue et difficile. M. Lebeau fait remarquer que, « contrairement à tous les précédents de sa clinique, les phlegmasies aiguës des poumons et des plèvres ont occasionné la plupart des décès ; » ce qu'il attribue à ce que les entrants présentaient à leur arrivée un degré plus avancé de la maladie que d'ordinaire. Cependant, tout fait supposer que ces hommes ne restaient pas plus longtemps à la caserne que d'habitude, et par conséquent, la marche plus rapide de ces affections a seule pu rendre compte de cette différence. Cette rapidité dans la marche des symptômes avait du reste été remarquée par plusieurs chefs de service.

Le caractère de ces maladies était en général franchement inflammatoire, aussi bien des arthrites, des angines, des phlegmons, que des pneumonies ou pleuro-pneumonies. Le sang présentait constamment une prédominance de l'élément fibrineux ; on a même parfois rencontré la couenne dans le sang des typhisés et chez les scarlatineux.

Toutefois, ce caractère inflammatoire n'a pas été observé au camp de *Beverloo*: là, « presque toutes les maladies se compliquaient d'un état typhoïde manifeste; il y avait chez beaucoup de fiévreux un abattement et une stupeur prononcée. » A *Namur* des phénomènes cérébraux, du délire, des contractions musculaires, venaient fréquemment compliquer l'inflammation. M. Fallot n'attribuait pas ces symptômes à une irritation inflammatoire des centres nerveux; il les combattait avec succès par les opiacés et le chloroforme. Ce médecin fait encore remarquer que les rechutes étaient très-fréquentes.

Nous l'avons déjà dit, c'est quelques jours après la rentrée des permissionnaires, vers la fin du mois de mars, que ces maladies sont devenues si communes ; à l'expiration du semestre, elles n'avaient pas encore disparu de la plupart des garnisons. Dans notre prochain rapport nous verrons probablement cette disposition morbide particulière cesser avec les chaleurs de juillet.

L'hôpital de *Bruxelles* seul a reçu, pendant ces six mois, environ cent inflammations aiguës des organes intra-thoraciques. Nous ne tenons pas compte des bronchites et des grippes que nous avons classées parmi les maladies légères, en ce sens qu'elles ont rarement entraîné des complications fatales.

Pendant tout le temps que sévissait ce genie morbide inflammatoire, on rencontrait de nombreuses arthrites, des phlegmons, des angines, et chose rare dans nos hôpitaux, surtout dans cette saison, on observa plusieurs cas de méningite et de péritonite.

Fièvres intermittentes. — Les villes où elles ont sévi d'une manière marquée sont : *Bruges, Mons* et *Namur.* A Bruges, il y en a eu près de 400 cas; dans chacune des deux autres villes, environ 130. Quoique ces fièvres fussent moins nombreuses à *Ostende, Termonde, Tournay, Ypres* et *Menin,* on peut dire que le chiffre était loin d'être normal ou proportionnel à celui de la plupart des garnisons.

Anvers, Audenarde, Beverloo, Nieuport, Louvain et *Malines,* où ces maladies sont d'ordinaire assez fréquentes, n'en ont fourni cette fois que bien peu; *Ath, Charleroi, Courtrai, Dinant, Huy* et *Hasselt,* n'en ont présenté que quelques cas rares.

Faisons remarquer que déjà dans nos revues antérieures des rapports, parmi les villes où ces affections règnent communément, nous avons trouvé, comme cette fois encore, Bruges, Ostende, Termonde et Ypres, tandis que plusieurs autres garnisons qui antérieurement n'en avaient pas fourni, n'en ont pas offert de nouveau.

Ces pyrexies intermittentes étaient légères dans la grande majorité des garnisons ; elles cédaient facilement soit à une médication peu active, soit à quelques jours de régime et de repos. Aussi les considérons-nous, eu égard à la saison à laquelle elles se sont déclarées pour la plupart, comme de simples fièvres printanières. Mais il n'en a pas été de même à Bruges, où les récidives étaient tellement fréquentes, que M. Buys les porte à 5 sur 7 entrants fiévreux; ni à Mons ni à Audenarde où il y eut plusieurs cas à caractère pernicieux. Evidemment ici l'élément paludéen faisait sentir son action.

Pour remédier à ces récidives nombreuses, et dans l'intention de refaire les constitutions délabrées de ces fiévreux, on décida, à Bruges, d'envoyer une grande partie de ces convalescents au dépôts de leur régiment, à Mons. Le rapport de cette dernière ville ne nous fait pas connaître si ce déplacement a eu un heureux résultat dans la suite, mais nous trouvons dans la note statistique de l'hôpital de cette ville que les fièvres intermittentes à cette époque ont pris un assez grand développement. Sont-ce les récidivistes envoyés de Bruges, ou d'autres hommes qui sont entrés alors? Nous ne saurions le dire

A ce sujet, nous avons une remarque à faire : c'est que nous avons vu plus d'une fois, que certaines maladies, dont le germe est emporté par un régiment, se développent avec une nouvelle vigueur à l'arrivée de celui-ci dans une autre garnison ; de manière que le déplacement d'un corps où règne une maladie épidémique, n'exerce pas, au moins dans les premiers temps, une influence favorable. C'est un fait sur lequel nous avons déjà appelé l'attention

de nos collègues et que les rapports de Termonde et de Namur viennent de nouveau confirmer. Le même fait a été observé pour les fièvres typhoïdes et éruptives.

MM. les médecins de garnison de Bruges et de Louvain ont souvent insisté sur les succès qu'ils avaient retirés de l'administration d'un émétique ou d'un éméto-cathartique, dans le traitement de la fièvre intermittente simple, dans celle qui n'est pas due à une profonde intoxication paludéenne; M. Delemarre, au contraire, dit n'avoir obtenu aucun résultat avantageux de ce genre de médication. Cela prouve de nouveau combien l'appréciation de la vertu thérapeutique des remèdes est difficile, et combien l'effet de ceux-ci varie d'après les localités ou les saisons. Le traitement de ces maladies d'après leurs différentes formes, la simplification de leur thérapeutique, l'indication de certains succédanés à bas prix, sont cependant des questions très-intéressantes pour les médecins militaires en Belgique; c'est un sujet d'étude qu'il est de notre devoir d'approfondir et qui malheureusement, dans aucun pays plus que dans le notre, n'offre un plus vaste champ d'exploration.

Fièvres éruptives.— Les hôpitaux de *Bruxelles* et de *Bruges* en ont reçu le plus grand nombre : le premier, 33 cas de variole et 23 scarlatines; le second, une quarantaine de ces affections réunies.

De même que pour la grippe, ce sont surtout les grandes villes qui ont présenté ce genre de maladies; c'est ce que nous avons déjà fait remarquer antérieurement. Il est rare de trouver autant de fièvres éruptives dans dix ou douze petites garnisons réunies, qu'il y en a dans l'un ou l'autre grand centre de population, et surtout à Bruxelles, où ces affections se montrent tous les hivers. Nous devons cependant en excepter cette fois *Nieuport*, où il s'est offert, dans les deux derniers mois, 15 cas de varicelle parmi les soldats, quoiqu'il n'y ait eu aucun habitant atteint d'éruption varioleuse. C'est un fait tout opposé à celui que nous avons rencontré à Malines et à Termonde pour la grippe.

La plupart de ces affections sont survenues pendant les trois derniers mois du semestre; c'est plus tard que d'ordinaire, car c'est l'hiver qui amène le plus souvent les exanthèmes.

Un certain nombre de ces varioleux ont offert les phénomènes les plus graves; l'éruption était confluente chez le quart d'entre eux. La variole ne peut atteindre dans l'armée que des hommes qui ont été vaccinés, attendu que tout milicien ou volontaire, à son arrivée au régiment, est soumis à cette opération, quand il n'en porte pas les cicatrices; cependant le chiffre annuel des militaires qui sont atteints de cette maladie est assez élevé.

Fièvres typhoïdes. — A *Beverloo*, il y a eu une véritable épidémie; légère et par cas isolés pendant les deux mois de mars et d'avril, elle s'est étendue rapidement pendant le mois de mai, au point qu'il est entré 30 fièvres typhoïdes graves à cette époque. Beaucoup d'autres maladies perdaient, sous cette influence, leur cachet inflammatoire et affectaient un caractère adynamique manifeste. Cette épidémie a duré peu de temps; en juin, il ne s'en est présenté que deux cas. Le nombre des morts a été restreint, eu égard à la gravité des symptômes.

L'encombrement au camp était très-prononcé; tout autorise à croire que c'était la cause la plus active de cette épidémie.

Bouillon est une des garnisons où la dothinentérite est fort commune; il y a eu constamment, durant tout le semestre, deux ou trois typhisés en traitement, ce qui est beaucoup par rapport à l'effectif de la garnison. Pour qui connaît l'emplacement de la ville et les causes nombreuses de viciation de l'air, ce fait n'a rien qui doive étonner. Le rapport de M. Honoré attire de nouveau l'attention sur la différence qui existe entre la salubrité du bas de la ville, et partant de la caserne, et celle du château qui est situé sur une assez grande élévation, et dont l'air purifié par les vents occasionne beaucoup plus rarement des maladies de la nature typhoïde.

A *Bruxelles*, la fièvre typhoïde ne s'est pas présentée d'une manière épidémique, cependant il y en a eu 58 cas, ce qui est à vrai dire un chiffre élevé comparativement à celui de bien d'autres villes. A quoi tient la fréquence de la dothinentérite dans cette garnison, fréquence constatée depuis assez longtemps? Est-ce aux mauvaises conditions hygiéniques des grandes villes en général? Ou bien les chefs de service ont-ils l'habitude de désigner sous le nom de fièvre typhoïde des cas légers que dans d'autres hôpitaux on qualifie de fièvres muqueuses, de gastro-entérites, etc.?

Malines et *Termonde* sont encore deux villes où ces affections sont d'ordinaire assez fréquentes. Nous en avons compté une trentaine de cas pour ce semestre et pour les deux garnisons réunies. M. Dutronquoy a eu occasion d'observer, chez un de ses typhisés, un hoquet qui a duré dix jours et qui ne laissa aucun repos au malade. Contrairement au pronostic fâcheux que quelques praticiens ont attaché à ce symptôme, le malade a été sauvé.

En dehors de ces cinq villes, on a observé au delà de cent cas dans les treize garnisons suivantes; nous mettrons par rang de priorité celles qui en ont offert le plus, proportionnellement à l'effectif des troupes : *Anvers*, *Bruges*, *Mons*, *Tournay*, *Gand*, *Louvain*, *Dinant*, *Liége*, *Courtrai*, *Audenarde*, *Huy*, *Namur* et *Arlon*.

Les dix garnisons restantes n'en ont présenté que de rares cas isolés. En comparant le chiffre total des dothinentérites à celui du semestre correspondant de l'an dernier, nous trouvons que le nombre en a été cette année trois fois aussi élevé.

La plupart de ces fièvres typhoïdes sont survenues pendant les trois derniers mois, après l'arrivée des permissionnaires.

Maladies chirurgicales.—Les *fractures* et les *plaies contuses*, résultant de coups de pied de chevaux, ont encore été fort communes ; ce sont ces accidents qui fournissent en général les cas les plus graves de nos maladies externes. Mais les *érysipèles*, *abcès*, *panaris*, *furoncles* et *engorgements glandulaires* ont été remarquablement nombreux. C'est vers la fin du mois de mars, fort peu de temps après la rentrée des permissionnaires, que ces affections sont devenues fréquentes. C'est au reste un fait que nous avons remarqué annuellement à l'époque de l'arrivée des miliciens, et que nous avons consigné dans plusieurs de nos rapports. Nous avons cru d'abord que le développement de ces maladies devait être attribué à l'influence du printemps qui amène fréquemment l'état saburral des voies digestives, et partant, les clous, les érysipèles, etc. ; mais, ayant remarqué depuis, qu'elles se rencontrent surtout chez les miliciens et chez ceux qui rentrent de permission, et non-seulement au printemps, mais encore à l'époque de la rentrée des permissionnaires qui se rendent au camp, nous avons compris que la saison ne pouvait seule rendre compte de la fréquence de ces affections, et que la principale cause de leur développement devait être attribuée au changement brusque de l'alimentation de ces hommes qui, soumis chez eux à un régime végétal et quelquefois insuffisant, reçoivent, du jour au lendemain, une nourriture animalisée et que l'on peut considérer comme substantielle.

Le service chirurgical de l'hôpital militaire de Bruxelles ayant présenté plusieurs faits assez intéressants et qui ont trait aux maladies externes dont nous venons de parler, nous reproduirons quelques extraits des rapports de cet établissement.

« Au mois de mars, la disposition aux érysipèles et à la phlébite a été remarquée dans toutes nos salles, et des accidents notables dans le service chirurgical sont dus à cette funeste influence. En parcourant les annales cliniques des hôpitaux, on voit des influences semblables, signalées souvent sans cause connue. M. Andral, entre autres, parle de ces phlébites que l'on observe, à des époques données, dans les salles de malades, presque à chaque saignée que l'on est obligé de pratiquer.

« Les plaies contuses que nous avons eues en traitement pen-

dant le premier trimestre de l'année, siégeaient presque toutes aux jambes et étaient causées par des coups de pied de chevaux. Comme ces lésions intéressent presque toujours le périoste, nous sommes dans l'habitude, afin d'éviter l'extension du travail inflammatoire à cette membrane, et la maladie de l'os qui s'ensuit, de faire immédiatement une incision assez étendue, et de traiter ces plaies par des applications émollientes. Comme après quelques jours il survient ordinairement un bourgeonnement de bonne nature, nous rapprochons les bords de la plaie et nous obtenons ainsi des guérisons rapides.

« Les érysipèles, presque tous suivis de phlegmons, ont été nombreux et graves. Leur marche a été très-rapide, et leur extension à de grandes parties du corps a occasionné des accidents sérieux. Dans quelques cas, nous avons été assez heureux pour en arrêter la marche par des cautérisations profondes autour du membre; dans deux cas surtout, nous avons positivement arrêté l'extension de cette maladie. L'une fois l'érysipèle siégeait aux extrémités inférieures, l'autre fois, au bras.

« Comme médication générale dans ces affections, nous avons employé un traitement antiphlogistique énergique, et nous avons fait des incisions nombreuses et étendues, alors même qu'on ne trouvait pas encore d'abcès formés.

« Les panaris, aussi très-nombreux et très-graves, ont presque tous débuté par les parties profondes des doigts, et quoique dans beaucoup de cas on ait fait des incisions profondes, et avant même que la suppuration ne se montrât, nous avons presque toujours constaté qu'une des phalanges était privée de son périoste, ou cariée, ou nécrosée. Dans plusieurs panaris, nous avons extrait des phalanges entières et dans quelques-unes les tendons ont été détruits.

« Vers la fin du mois, nous avons remarqué dans nos salles, comme dans le service des fiévreux, qu'il y régnait un mauvais génie atmosphérique ; presque toutes les plaies ont été compliquées d'un commencement de pourriture d'hôpital. »

« .... En avril, sous l'influence du même génie morbide, nous avons vu dans le service de la chirurgie les plaies et les ulcères revêtir une forme inaccoutumée : un aspect grisâtre des chairs, des fongosités, des indurations, de l'œdème, une résistance insolite à la cicatrisation, des hémorrhagies légères teignant les plaies en noir ou produisant des ecchymoses aux environs. La pourriture d'hôpital reparut chez plusieurs blessés.

« .... En avril, mai et juin, les abcès, les panaris graves sont encore communs. Ceux-ci débutent dans les parties profondes, soit

dans les gaînes, soit entre l'os et le périoste, et amènent directement la carie. Nous avons encore rencontré la carie de plusieurs phalanges ; néanmoins, quand la troisième phalange est seule détruite, et c'est le cas le plus ordinaire, nous ne croyons pas devoir accorder un certificat de réforme à ces malades : on voit à peine la difformité qui s'ensuit, et la gêne dans les mouvements est peu prononcée.

« Nous avons perdu sous l'influence de la disposition régnante, et par suite de résorption purulente, deux hommes dont l'un était atteint de panaris, l'autre de phlegmon. »

Ophthalmies. — Les affections inflammatoires de l'œil (conjonctivites, kératites, etc.) n'ont pas été plus communes pendant le 1er trimestre que dans d'autres années; la constitution morbide régnante n'a exercé, à cette époque, aucune influence sensible sur ce genre de maladies, mais il n'en a pas été de même plus tard, et surtout aux mois de mai et de juin : il s'en est présenté alors un très-grand nombre. C'étaient en majeure partie des ophthalmies catarrhales et rhumatismales sans gravité; cependant beaucoup d'ophthalmies purulentes, tant gonorrhéiques que franchement inflammatoires, sont survenues en même temps. Nous croyons que, depuis plusieurs années, il n'y en a pas eu autant.

Comme nous venons de le dire, la constitution morbide de cette saison a pu, pendant le deuxième trimestre, exercer une action marquée sur le développement de ces affections, et notamment sur les inflammations catarrhales et arthritiques, mais nous croyons, avec beaucoup de collègues, que l'encombrement des casernes, les fatigues extraordinaires du service, ainsi que la propagation des uréthrites ont particulièrement donné lieu aux ophthalmies purulentes.

Les ophthalmies granuleuses ont également pris une grande extension : c'est ce que les rapports des 3e, 5e, 6e, 7e et 8e de ligne, du régiment des chasseurs carabiniers, du 3e régiment de chasseurs à pied et du 1er chasseurs à cheval ont constaté d'une manière particulière.

Quelques chefs de service accusent l'encombrement et les fatigues comme les causes principales de cette exacerbation du mal granulaire, et tout nous autorise à considérer ces causes comme ayant exercé une notable influence ; cependant M. le médecin de bataillon Henrotay, des chasseurs carabiniers, a fait à ce sujet une remarque qui mérite d'être reproduite. Voici sa note :

..... « Deux compagnies du 4me bataillon contiennent encore beaucoup de granulés et même des cas aigus. Ces compagnies ont été soignées successivement par plusieurs médecins, ce

qui me paraît une condition fâcheuse, et elles ont habité alternativement les casernes de Bruxelles et le camp de Linthout. Ces différents changements ont pu apporter des obstacles à un traitement aussi régulier que d'habitude. Mais ce n'est pas encore là, à mon avis, qu'il faut rechercher la cause principale de cette recrudescence. Je pense que les miliciens de la classe de 1846 ont apporté le germe du mal du camp de Beverloo, car à leur arrivée à Menin, j'ai, de concert avec un collègue du 3e de ligne, visité les miliciens de son bataillon, et nous avons trouvé que près d'un tiers de ces hommes étaient porteurs de granulations. La classe de 1847 au contraire n'en a présenté aucun, ni au bataillon dont je viens de parler, ni dans celui auquel j'appartiens. Il me paraît dès lors très-probable que ce fait doit être attribué à une différence qui a dû exister dans les conditions au milieu desquelles se sont trouvées au camp de Beverloo ces deux classes de milice, différence qui probablement aura été remarquée dans les autres corps. »

Ce qui vient confirmer que le mal granulaire a reçu un nouvel aliment de propagation par suite de l'arrivée des miliciens de 1846, c'est qu'effectivement l'extension n'en a été remarquée que vers la fin du semestre, et que plusieurs autres médecins ont indiqué dans leurs rapports que cette levée contenait des granulés.

Nous comprenons jusqu'à un certain point, que le mauvais logement des troupes au camp, ainsi que la grande hâte que l'on a mise à l'instruction des recrues, aient été des obstacles réels à ce que la surveillance des granulés fût aussi active qu'elle l'est dans les villes de garnison, d'autant plus qu'un traitement régulier aurait distrait trop longtemps ces hommes de leurs exercices; mais nous ne pouvons aucunement nous rendre compte de la différence qui a pu exister à cet égard entre la classe de 1846 et celle de 1847. C'est sur les lieux que l'on aurait dû rechercher les causes de cette différence, et le rapport de l'hôpital du camp se tait complétement sur ce sujet; il ne fait pas même mention des nombreux granulés qui se trouvaient parmi la première levée.

Vénériens et galeux. — Nous l'avons dit plus haut, ces classes de malades ont fourni de nombreux entrants. C'était à prévoir : il en est ainsi toutes les fois que les permissionnaires rentrent en grand nombre ou que les régiments, par suite de déplacements ou de cantonnements, sont logés hors des casernes.

Bruxelles est toujours la garnison qui reçoit le plus de vénériens; il y en a eu 324, dont 199 gonorrhéiques, pendant ces six mois. *Anvers* vient en seconde ligne; il y en a eu 219. Les hôpitaux de ces deux villes réunies ont reçu 535 galeux. Les infirme-

ries de Courtrai, de Hasselt et d'Ypres, dont les rapports de l'année dernière accusaient un grand nombre de vénériens, en ont reçu beaucoup moins cette année. *Tournay, Audenarde, Malines* et *Ostende* sont les garnisons qui ont présenté cette fois un chiffre élevé de maladies syphilitiques.

(*Archives de médecine militaire*, octobre 1848).

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR L'OPHTHALMIE GONORRHOÏQUE;

Par le docteur E. Henrotay, médecin de bataillon de 1re classe, à Bruxelles.

A propos de considérations sur cette maladie, consignées dans les *Leçons cliniques sur les maladies vénériennes*, faites par M. Ricord à l'hôpital du Midi et recueillies par M. Melchior Robert, interne du service.

Nous tenons M. Ricord en telle considération, que tout ce qui nous vient de sa part, soit qu'il écrive soit qu'il parle, nous semble digne d'un sérieux examen ; c'est ce qui nous engage à nous occuper de la partie de ses leçons récemment publiées, dans laquelle il traite de l'*ophthalmie gonorrhoïque*, qu'il désigne sous le nom d'*ophthalmie blennorrhagique*.

Cette ophthalmie ne survient que dans les cas de blennorrhagie de l'urèthre ; jamais la balano-posthite, la vulvite, l'utérite, ne la déterminent. On sait cependant que la vaginite, l'utérite simple, la vulvite peuvent occasionner une blennorrhée uréthrale, qui alors devient apte à développer l'ophthalmie gonorrhoïque. On dirait qu'il y a quelque chose de spécial dans l'inflammation de la muqueuse uréthrale.

Un fait qui vient corroborer la précédente observation, c'est que l'ophthalmie en question est infiniment plus rare chez la femme que chez l'homme; or, chez la femme, la blennorrhagie uréthrale est aussi beaucoup plus rare que chez les sujets de l'autre sexe.

Nous avons tenu à faire connaître ces résultats de l'observation du professeur de l'hôpital du Midi, parce que nous aurons probablement bientôt l'occasion d'y revenir en cherchant à leur trouver une interprétation.

Les opinions sont loin d'être unanimes sur le mode de production de l'ophthalmie gonorrhoïque. On a prétendu, et on prétend encore aujourd'hui, que cette affection est toujours le résultat de l'application directe du pus uréthral sur les yeux : « *J'ai moi-même*, dit M. Ricord, *penché pour cette opinion; mais l'expérience m'a fait revenir de cette erreur.* »

Il est loin de notre pensée de vouloir jeter le moindre blâme sur un écrivain qui a le courage d'avouer qu'il s'était d'abord trompé ; c'est au contraire un genre de mérite que nous apprécions beaucoup, et principalement chez un chef d'école tel que M. Ricord. Cependant nous devons avouer que, dans le travail que nous avons sous les yeux, nous ne rencontrons pas de raison plausible pour justifier ce revirement d'opinion.

Par rapport au mode de production, la première variété admise par M. Ricord, c'est l'*ophthalmie par contagion*. Celle-ci est incontestable ; la possibilité de la transmission de la blennorrhagie de l'urèthre à l'œil et de l'œil à l'urèthre, par le transport du muco-pus d'une muqueuse à l'autre, ne nous semble, pas plus qu'à l'auteur, pouvoir être un seul instant mise en doute.

« Après la contagion, dit M. Ricord, on a voulu admettre aussi que l'ophthalmie blennorrhagique pouvait être produite par l'émanation, par une espèce d'*aura blennorrhagica;* avec cette idée, il faudrait que la blennorrhagie oculaire fût une maladie très-commune; car s'il y a une vapeur blennorrhagique, les malades des hôpitaux spéciaux doivent être constamment sous son influence; cependant la blennorrhagie oculaire y est un accident assez rare. »

M. Ricord repousse donc, et nous sommes entièrement de son avis, ce mode de propagation du mal ; mais il en est un autre dont il ne parle pas : c'est la contagion à distance d'un œil malade à celui d'un sujet sain. Quelques-uns de nos compatriotes, et particulièrement MM. Cunier (1) et Decondé (2), ont publié des faits très-curieux, qui tendent à établir la possibilité de ce mode de transmission. Si nous considérons, d'un autre côté, que l'ophthalmie granuleuse des armées peut se propager de cette manière, que la contagion en est d'autant plus à craindre qu'elle se montre plus aiguë, et enfin, que lorsque la purulence est très-prononcée, cette affection présente avec l'ophthalmie gonorrhoïque la plus grande ressemblance, on sera singulièrement tenté d'être de leur avis.

Sous le nom d'*ophthalmie métastatique*, M. Ricord admet aujourd'hui qu'en dehors de la contagion on trouve des malades affectés de blennorrhagie oculaire consécutive à la blennorrhagie uréthrale, et cette question il la juge d'après l'*allure*, l'aspect et le mode de production de l'affection. D'après lui encore, l'ophthalmie gonorrhoïque qui se déclare en dehors de la contagion est le plus ordinairement liée à des conditions rhumatoïdes, quoique, cependant, l'élément rhumatismal ne soit pas indispensable. A la

(1) *Recherches statistiques*, etc., p. 89 et suiv. — *Annales d'Oculistique*, vol. XVI, p. 162.

(2) *Annales d'Oculistique*, vol. I, pp. 347-348.

période de déclin, si l'inflammation résulte d'une contagion, elle ne récidive plus ; elle ne prend pas de recrudescence, comme on le remarque dans l'ophthalmie métastatique.

Nous avons dit que les changements survenus dans les opinions de M. Ricord, relativement au sujet qui nous occupe, ne nous semblent pas suffisamment justifiés. Nous aurions désiré pouvoir apprécier ses raisons d'après un travail qui lui fût propre; nous sommes forcé, pour cette fois, de nous en tenir aux paroles du professeur recueillies par un de ses élèves. Les motifs indiqués en faveur de l'admission d'une ophthalmie gonorrhoïque métastatique, nous les trouvons en quelque sorte combattus par le professeur lui-même lorsque, au sujet du développement sympathique de l'affection, que M. Ricord repousse, il se demande si, dans les cas invoqués par les écrivains dont il ne partage pas les opinions, *il n'était pas plus probable qu'on avait affaire à des ophthalmies catarrho-purulentes arrivées comme coïncidence.* C'est en effet une question bien ardue que celle du diagnostic différentiel des ophthalmies purulentes. Sera-t-il déterminé par la coexistence d'un écoulement de l'urèthre? Mais ce serait prétendre qu'un sujet atteint de blennorrhagie est par le fait même à l'abri de tout autre catarrhe purulent de l'œil. D'ailleurs, et M. Ricord lui-même partage cette opinion, l'affection de l'œil peut précéder celle de l'urèthre. Et puis, chez les soldats de notre armée, chez nos granulés, ne voyons-nous pas souvent, à la suite de causes catarrhales, la purulence se produire? Dira-t-on que ce n'est plus l'ophthalmie d'Egypte, parce qu'il pourra se faire que le malade ait contracté également un écoulement de l'urèthre, bien que l'affection de l'œil ne présente ni l'intensité des symptômes, ni la marche promptement désorganisatrice de l'ophthalmie gonorrhoïque? Devra-t-on baser le diagnostic différentiel sur la gravité des symptômes, la rapidité de la marche de l'affection? Mais on peut ne voir là que des degrés, du plus ou du moins, et il serait souvent difficile de dire là où commence l'une et où finit l'autre. Et puis, qui ne sait qu'un traitement abortif convenable jugule les ophthalmies purulentes les plus graves? L'élément rhumatismal viendra-t-il lever tous les doutes? Mais il est loin d'être constant ; et puis quelle sera sa valeur s'il se présente chez un malade sujet d'ailleurs aux rhumatismes? Restera le *bubon pré-auriculaire*, signalé par un de nos collègues, M. le docteur Hairion, de Louvain. Mais le bubon pré-auriculaire, d'après l'opinion de M. Ricord et de plusieurs autres praticiens, n'apparaît pas toujours dans les cas qui présentent d'ailleurs la concomitance de la blennorrhagie de l'urèthre et la gravité de l'ophthalmie gonorrhoïque, tandis qu'on peut le trouver

alors que ces caractères importants manquent tout à fait. On voit donc que le diagnostic différentiel, étant très-difficile à établir, on peut se demander avec juste raison si les motifs allégués suffisent pour rendre compte des changements survenus dans les opinions du chirurgien en chef de l'hôpital du Midi.

M. Ricord ne croit pas qu'il existe une ophthalmie gonorrhoïque consécutive à une affection constitutionnelle déterminée par la blennorrhagie, et analogue aux accidents constitutionnels résultant de l'infection syphilitique.

L'ophthalmie gonorrhoïque peut-elle se transmettre par *sympathie* d'un œil à l'autre? En d'autres termes, lorsqu'un œil est affecté de blennorrhagie développée sous l'influence de la contagion, l'autre peut-il se prendre en dehors de cette dernière cause et de l'état général? Ceux qui répondent affirmativement à cette question se fondent sur ce fait, qu'une inflammation simple, sans sécrétion de matière purulente, siégeant sur un œil, se propage à l'autre sans qu'il y ait possibilité d'invoquer ni la métastase, ni l'état général, ni la contagion directe. Nous ne dissimulons pas toute la difficulté d'apporter des preuves irrécusables dans cette question, et cependant, avec M. Ricord, nous penchons vers la négative. Quelles que soient d'ailleurs les précautions que l'on prenne, le transport du muco-pus se fait trop facilement d'un œil à l'autre, soit par l'intermédiaire des doigts du malade, du linge dont il se sert pour essuyer le produit de l'écoulement, du coussin sur lequel il se tourne et se retourne pendant la nuit, etc., pour que nous puissions croire que l'on ait toujours abrité complétement le second œil entrepris; on doit donc être exclusivement réservé à admettre des faits qui semblent sortir de la loi commune. Nous croyons devoir rappeler le passage suivant des *Leçons* qui servent de texte à nos réflexions, et dans lequel M. Ricord expose un mode de transmission du muco-pus d'un œil à l'autre :

« Cette variété (ophthalmie par contagion) tend à n'occuper « qu'un seul œil; elle peut se propager d'un œil à l'autre, le pus « d'un côté coulant sur l'autre œil. Il nous a semblé, en effet, que « l'autre œil se prenait d'autant plus facilement, que la racine du « nez était plus affaissée; d'un autre côté, on peut s'assurer que « les malades se couchent toujours sur le côté sain pour éviter les « douleurs, et, dans cette position, le muco-pus de l'œil malade « coule presque inévitablement sur le côté sain. »

Nous ne parlerons pas de l'élément rhumatismal, auquel M. Ricord attribue un rôle assez important dans la question, en faisant ressortir les rapports qui existent entre les blennorrhagies oculaire et uréthrale et l'arthropathie.

Nous ne suivrons pas non plus l'auteur dans sa description de la maladie, ni dans l'exposition de son traitement. Ce sont là des questions qui, à diverses reprises, ont été traitées dans les publications médicales de notre pays et sur lesquelles il n'existe pas de dissidence prononcée entre les opinions de M. Ricord et celles qui sont généralement professées aujourd'hui.

(*Archives de médecine militaire*, décembre 1848.)

FÉV. 1849.	Baromètre réduit à 0°, à 9 h. du matin.	Température centigrade de l'air, à 9 h. du m.	Extrêmes de la température centigrade. Maxim.	Minim.	Quantité d'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ÉTAT DU CIEL OU ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
	mm.	°	°	°			
1	764,91	2,2	7,0	1,1	0,13	O.-NO.	Assez beau; le soir très-beau.
2	768,92	0,0	6,4	—0,9	»	OSO.-SSO.	Sombre.
3	770,10	3,3	5,2	2,5	»	SO.-OSO.	Sombre.
4	771,22	4,0	6,2	3,0	»	OSO.	Sombre.
5	770,27	6,8	7,8	3,0	1,27	OSO.-ONO	Sombre.
6	769,22	6,6	9,2	6,3	»	OSO.-SSO	Sombre, brumeux.
7	769,60	6,6	7,4	6,3	»	OSO.-ONO	Sombre, brumeux.
8	764,90	4,3	7,3	3,9	0,13	SO.-OSO.	Nuageux, pluie le soir
9	770.55	3,0	7,1	1,7	3,18	OSO.-ONO.	Très-beau ; se couvre le soir.
10	768,89	6,7	8,7	5,4	»	OSO.	Assez beau.
11	776,47	5,0	8,8	3,9	»	ONO.-NO	Très-beau.
12	777,74	0,5	8,4	0,4	»	OSO.	Très-beau.
13	772,96	1,3	6,4	—0,6	»	OSO.	Superbe.
14	775,25	4,8	7,1	2,3	»	O.-OSO.	Très-beau.
15	770,37	6,4	9,3	3,9	0,64	OSO.-ONO.	Sombre.
16	771,05	5,7	8,9	5,3	»	OSO.-ONO.	Nuageux.
17	772,04	4,3	7,5	3,5	»	O.-OSO.	Un peu sombre; très-beau le soir.
18	770,76	3,7	8,7	1,9	»	OSO.	Très-beau.
19	764,78	4,1	8,6	4,0	»	OSO.-O.	Nuages, grand vent.
20	757,06	7,9	10,0	4,9	»	O.-OSO.	Très-pluvieux; vent le soir.
21	755,89	4,4	10,0	3,3	21,00	NO.-OSO.	Beau.
22	751,01	10,3	11,5	4,4	0,64	O.-SO.	Variable, ; vent le soir.
23	756,65	5,5	12,8	4,4	0,13	OSO.-S.	Nuageux.
24	751,78	5,9	9,0	1,9	»	S.-SO.	Sombre, pluvieux le soir.
25	747,18	8,3	11,1	4,8	»	OSO.-SO.	Brumeux.
26	743,52	8,2	11,3	6,0	2,55	SSO.-NO.	Pluvieux.
27	759,66	2,4	9,2	0,3	3,44	O.-SO.-SE.	Très-beau.
28	756,88	4,6	8,6	1,2	»	SO.	Nuageux, grand vent; tempête violente la nuit.

EXTRAIT

DU

BULLETIN

DE

L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

ANNÉE 1848-1849. — N° 5.

SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1849. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

Note sur les fractures extra-capsulaires du col du fémur, accompagnées de pénétration dans le grand trochanter; par M. MICHAUX, membre titulaire.

Les chirurgiens anglais et français se sont beaucoup occupés, dans ces derniers temps, des fractures du col du fémur accompagnées de pénétration. C'est dans le but de confirmer les travaux de nos voisins, et de fixer davantage sur ce sujet l'attention de mes confrères belges, que je me suis décidé à soumettre à l'examen de l'Académie des pièces pathologiques qui ne laissent aucun doute sur la possibilité de ces fractures.

La première de ces pièces appartient à un fémur droit; c'est une fracture non réunie par un cal osseux.

En écartant les fragments l'un de l'autre, on voit, à la face interne du grand trochanter, une cavité de réception qui est agrandie par un rebord osseux de nouvelle formation. Si l'on met les fragments en place, on remarque que le fragment interne s'enfonce dans cette cavité pathologique. A la partie postérieure et supérieure du grand

trochanter, il existe des traces d'une fracture. Le petit trochanter est très-développé.

La deuxième pièce est aussi un fémur droit; la fracture est réunie par un cal osseux complet, excepté à la partie antérieure, près du sommet du grand trochanter. Là il existe un point où les fragments sont disjoints. La partie postérieure et supérieure du fragment interne est enfoncée dans le grand trochanter. Celui-ci a été fracturé à sa partie supérieure et postérieure.

J'ai trouvé ces deux première pièces dans le musée de la Faculté de médecine de l'ancienne Université de Louvain.

La troisième pièce m'a été donnée, en 1842, par mon collègue et ami M. Langlet; c'est un fémur gauche. Le fragment supérieur pénètre dans le grand trochanter par la portion postérieure de sa surface; la partie antérieure est un peu écartée de cette apophyse. La réunion de cette fracture n'est pas complète; elle ne me paraît même que fibreuse; on peut faire mouvoir le petit fragment dans la cavité trochantérienne. Le bord antérieur et supérieur du grand trochanter a été fracturé, et le fragment libre se trouve déplacé en arrière le long du bord postérieur de cette apophyse; ce fragment est uni au grand et au petit trochanter par des jetées osseuses en forme de stalactites. Ces productions osseuses sont fort remarquables; elles sont tellement développées qu'en regardant la pièce par sa face postérieure, on ne voit du col du fémur que la tête articulaire. Aussi ai-je fait dessiner cette pièce vue par sa face antérieure pour montrer la pénétration.

La quatrième pièce est le fémur gauche d'une vieille femme qui a été traitée dans mon service à l'hôpital civil de Louvain, et qui y est morte d'une pneumonie, vingt six jours après la lésion osseuse de la cuisse. Sur cette pièce on voit que presque toute la surface inférieure du col est enfoncée dans le canal médullaire du fémur, que le fragment supérieur est remonté en dehors, et que l'angle formé par le col et la diaphyse est diminué au point que la tête articulaire touche le petit trochanter. C'est donc un cas de pénétration dans le corps du fémur plutôt que dans le grand trochanter; celui-ci est séparé presque en totalité du reste de l'os. Les trois fragments sont unis ensemble par du tissu fibreux.

La cinquième pièce est un fémur droit qui provient aussi d'une vieille femme qui a succombé, cinq semaines après l'accident, à une affection purulente. Cette femme, en tombant, s'était fait une forte contusion à l'avant-bras droit, laquelle fut suivie d'un phlegmon diffus qui se termina par suppuration.

Sur cette pièce la moitié postérieure du fragment supérieur est enfoncée en forme de coin dans l'épaisseur du grand trochanter,

qui est comme éclaté en deux portions, dont la postérieure constitue un fragment qui s'étend jusqu'au petit trochanter inclusivement. Ces trois fragments sont attachés ensemble par les liens fibreux. Si cette pièce était débarrassée de tout le tissu ligamenteux qui l'entoure, on verrait mieux combien elle ressemble à la première pièce.

Ces deux dernières fractures, je les avais diagnostiquées pendant la vie, et j'avais annoncé à mes élèves qu'elles étaient accompagnées de pénétration. J'en ai observé d'autres cas, mais les malades ont guéri.

Il est à remarquer que, parmi les chirurgiens qui admettent le déplacement par pénétration dans les fractures du col du fémur, il en est qui pensent que cette pénétration n'est que le résultat consécutif d'une espèce d'usure par frottement, par pression d'un fragment sur l'autre. D'autres au contraire, et je suis de ce nombre, prétendent que la pénétration est un effet immédiat qui se produit en même temps qne la fracture. Il est facile de prouver que la pénétration, dans les fractures extra-capsulaires du col du fémur, est un effet immédiat de la cause fracturante.

1° Cette fracture réunit les diverses conditions nécessaires pour qu'elle soit compliquée de pénétration. En effet, le fragment iliaque du fémur représente une espèce de cône, dont la consistance est beaucoup plus forte que celle du grand trochanter ; ces fractures s'effectuant le plus souvent par une chute sur le grand trochanter, la cause fracturante tend à rapprocher fortement l'une de l'autre les deux extrémités du col.

2° Si la pénétration était le résultat d'un frottement, de la pression d'un fragment sur l'autre, comment expliquer la consolidation par un cal osseux ? Et cependant la deuxième pièce en est une preuve irrécusable.

3° Les fractures récentes accompagnées de pénétration, comme celles de la quatrième et de la cinquième pièce, recueillies sur des sujets dont le membre a été tenu en repos et toujours soutenu lorsqu'ils se sont levés, sont les preuves les plus convaincantes que la pénétration est un effet immédiat de la cause fracturante.

4° Enfin les expériences sur les cadavres démontrent aussi que l'opinion que je soutiens est la vraie. En frappant violemment avec un corps volumineux et à large surface le grand trochanter d'un cadavre, de vieille femme surtout, on produit une fracture avec pénétration, semblable à celles trouvées sur des individus morts plus ou moins longtemps après s'être fracturé le col du fémur. J'ai souvent produit de ces fractures pour montrer à mes élèves leur mécanisme, leurs symptômes et leurs caractères anatomiques. Dans

une de ces fractures artificielles, le col, par sa partie postérieure, est enfoncé dans le tissu spongieux du grand trochanter; celui-ci est fracturé en plusieurs fragments.

Quatre de ces pièces pathologiques ont des caractères communs:

1° La pénétration a lieu dans la partie antérieure du grand trochanter.

2° C'est la portion postérieure du fragment cotyloïdien qui s'enfonce, la portion antérieure restant libre ; de là une pénétration incomplète.

3° Le fragment interne forme un angle saillant en avant, déplacement qui a été bien décrit par M. Denonvilliers.

La quatrième pièce diffère des autres en ce que, sur toutes, la pénétration existe dans le canal médullaire du fémur ; le grand trochanter est fracturé ; une partie de la face externe de cette apophyse est devenue supérieure ; elle est aussi devenue plus courte.

Les caractères anatomiques rendent parfaitement compte des symptômes que l'on observe dans les fractures du col du fémur, accompagnées de pénétration dans le tissu spongieux du trochanter.

Les principaux symptômes de la fracture qui nous occupe sont les suivants :

1° Douleur superficielle à la région trochantérienne, augmentant par la pression et par les mouvements. Le siége de la fracture à la base du col, la complication constante d'une fracture du grand trochanter, expliquent assez pourquoi la douleur se fait sentir superficiellement.

2° Raccourcissement réel plus ou moins prononcé, peu susceptible d'augmenter par le temps. Le degré de raccourcissement varie d'après le degré de pénétration, et d'après la diminution plus ou moins considérable de l'angle que forme le col sur la diaphyse.

3° Renversement du pied en dehors. Ce symptôme s'explique par la pénétration de la partie postérieure du petit fragment dans la partie antérieure du trochanter ; le renversement du pied en dehors doit être d'autant plus prononcé que la pénétration a lieu dans un point plus antérieur. Peut-être le renversement du pied en dedans, qui a été observé par quelques chirurgiens, dépendait-il de ce que la surface antérieure du fragment cotyloïdien avait pénétré dans la partie postérieure du grand trochanter. L'angle saillant en avant, que forme le fragment interne sur l'externe, résulte aussi de ce que la pénétration a lieu dans la partie antérieure du tissu trochantérien.

4° J'ai senti la crépitation chez les deux malades dont j'ai mon-

tré les pièces pathologiques et chez d'autres, auxquels j'ai cru reconnaître une fracture extra-capsulaire avec pénétration. Enfin, chaque fois que j'ai pu produire sur le cadavre une fracture de cette espèce, j'ai pu percevoir la crépitation par des mouvements modérés de rotation, et cela sans détruire la pénétration. L'existence de la crépitation est même le meilleur signe pour s'assurer que l'on a déterminé une fracture.

Il me semble que le siége superficiel de cette fracture, la fracture concomitante du grand trochanter, doivent rendre la crépitation facile, quoique quelques chirurgiens considèrent la difficulté de l'obtenir comme un signe principal des fractures avec pénétration. Je dois dire cependant, d'après ce que j'ai observé dans les expériences sur le cadavre, que les mouvements communiqués à la partie inférieure de la cuisse ne se passent guère dans la fracture, mais dans la cavité cotyloïde. Ceci explique pourquoi les malades guérissent ayant la pointe du pied deviée, quoi que l'on fasse pour tenir le pied dans une bonne position pendant tout le traitement.

Pour compléter le diagnostic des fractures extra-capsulaires avec pénétration, on portera son attention sur la région trochantérienne, si aux symptômes que j'ai cités, il vient se joindre de l'ecchymose, du gonflement autour du grand trochanter. Si ce dernier paraît raccourci, écrasé, ou présente quelque autre signe de fracture, il ne peut rester aucun doute sur l'existence d'une fracture extra-capsulaire accompagnée de pénétration dans le tissu spongieux du grand trochanter. J'ajouterai cependant, pour ne rien oublier, que tous les cas de fractures de l'espèce que j'ai observés, ont été occasionnés par une chute sur le grand trochanter. Le déplacement par pénétration n'est pas seulement un point curieux de pathologie dans l'histoire des fractures externes (1) du col du fémur, mais il conduit encore à des conséquences pratiques qui me paraissent de la plus haute importance. Ces conséquences sont relatives à l'exploration des malades chez lesquels on soupçonne une fracture du col du fémur, et au traitement.

1° Lorsqu'on examinera un malade pour s'assurer s'il est atteint d'une fracture du col du fémur, on se gardera bien de faire exécuter au membre des mouvements trop étendus dans le but de sentir ou de la mobilité anormale ou de la crépitation. Ces mouvements pourraient détruire la pénétration que je considère comme une condition favorable à une bonne consolidation. Pour le même motif, on se gardera d'exercer de violentes tractions sur le mem-

(1) J'appelle *externes*, avec M. Gimelle, les fractures qui occupent la moitié externe du col du fémur.

bre blessé, comme on le fait trop souvent lorsqu'on cherche à distinguer une fracture d'une luxation.

2° Les diverses méthodes de traiter les fractures du col du fémur peuvent se rapporter à trois : l'extension permanente, la demi-flexion, et enfin celle des chirurgiens qui n'appliquent aucun appareil, et permettent aux malades de se lever, de marcher avec des béquilles dès les premiers jours de l'accident.

Je ne saurais accepter aucune de ces méthodes pour traiter les fractures du col accompagnées de pénétration, car elles exposent à détruire la pénétration. Je ne me déciderais à recourir à une extension modérée que dans les cas de raccourcissement considérable.

Le traitement doit avoir pour but de conserver la pénétration et d'empêcher les mouvements dans les parties fracturées. On atteint ce double but en appliquant un appareil amovo-inamovible qui s'étend à toute la longueur du membre et embrasse complétement le bassin en forme de ceinture. La compression doit porter principalement sur la région trochantérienne. On pourra mettre sur cette dernière quelques compresses pour la rendre plûs saillante.

Cet appareil, rendu solide par la dessiccation, permet au malade de se lever, de marcher avec des béquilles, en prenant la précaution de soutenir le membre.

La réunion étant encore fibreuse cinq à six semaines après l'accident, on ne permettra au malade d'appuyer sur le membre qu'après un traitement de deux mois au moins. On ne devra pas s'attendre à guérir sans raccourcissement, ni à corriger complétement la déviation de la pointe du pied en dehors.

Communication sur l'épidémie du choléra asiatique qui règne à Liége depuis le 11 *décembre* 1848 ; par M. Lombard, membre titulaire.

Messieurs,

Le 11 décembre dernier, le choléra s'est déclaré à Liége. Mes devoirs de médecin m'y ont impérieusement retenu, et je n'ai pu assister à deux de vos intéressantes séances.

A l'hôpital, dans ma pratique et dans les rapports nombreux que j'ai eus avec mes confrères, je me suis trouvé dans les conditions les plus favorables pour étudier le fléau qui a désolé notre ville de Liége. Mon but, en ce moment, ne peut être de vous donner le résultat de mes études : il faut pour cela du temps, du calme, de la réflexion, et c'est seulement après l'épidémie que nous pourrons

espérer les trouver. Je me bornerai donc aujourd'hui à l'examen d'un seul point de l'histoire du choléra, la succession des symptômes; point très-important, si je ne me trompe, parce qu'il doit avoir une influence directe sur la thérapeutique encore si incertaine de cette maladie.

Ici, comme ailleurs, le choléra a dû être divisé en choléra primitif et en choléra secondaire; le premier atteignant des sujets sains, le second survenant dans le cours d'une maladie soit aiguë, soit chronique.

Les trois périodes de la première espèce sont loin d'avoir existé dans tous les cas. Tantôt la première a manqué et les sujets ont passé dès le début à la période algide ou cyanique. D'autres fois, soit qu'ils aient survécu, soit qu'ils aient succombé, la troisième période n'a pas existé : ainsi, les uns étaient convalescents ou sortis de la cyanose, quelques-uns mouraient dans cette période, tandis que d'autres guérissaient après ou succombaient dans la période que l'on s'accorde généralement à nommer typhoïde. Nous donnerons plus tard les observations à l'appui de ces assertions.

Le choléra secondaire, qui jusqu'à ce jour a été peu étudié, a frappé quatorze malades de notre salle clinique, et s'est montré sous des formes variées, commandées sans doute par l'affection primitive.

En même temps que le choléra sévissait, nous avons rencontré une foule d'affections constituées principalement par des troubles digestifs : je les décrirai plus tard sous le nom d'*influenza*, que nous avons cru pouvoir leur donner.

Nous avons dit tout à l'heure que cette communication n'avait d'autre but que de vous parler de la filiation des symptômes du choléra. Nous pensons, Messieurs, que l'étude symptomatique de cette maladie n'est pas complète, malgré le grand nombre de faits que l'on a pu observer depuis qu'elle a quitté Calcutta, son berceau. Les évacuations abondantes par les voies supérieures et inférieures, que l'on rencontre dans un grand nombre de cas, ont attiré d'une manière trop exclusive l'attention des observateurs. Ils sont partis de ce symptôme pour se rendre compte de la manifestation de ceux qui leur succèdent. Ils ont généralement admis que l'exhalation gastro-intestinale dépouille le sang de l'eau, de l'albumine et des sels ; de là l'explication de sa coagulation, de son arrêt dans le système veineux et, comme effet tertiaire, de l'algidité, de la cyanose, des symptômes nerveux et de l'asphyxie Les faits que nous vous livrerons plus tard déposent contre ce mécanisme du choléra. Si cette manière de voir, si cette explication de la filiation des symptômes était vraie, il est, ce nous semble, in-

contestable qu'il faudrait toujours qu'avant la cyanose, il y eût des pertes assez considérables de matières liquides, soit par haut, soit par bas. Or, il résulte, non-seulement de nos observations, mais de celles très-nombreuses recueillies par des praticiens de Liége, qu'assez souvent la cyanose est survenue d'emblée et sans qu'il y ait eu avant la cessation du pouls, ni vomissements, ni diarrhée. Les faits, si multipliés ici, disent hautement que la coagulation du sang, son arrêt dans le système veineux, la faiblesse des battements du cœur, la qnasi-vacuité des artères, sont primitifs et indépendants des évacuations dont ils ne peuvent être l'effet. Si d'ailleurs la cyanose était le résultat de l'exhalation gastro-intestinale, puisque dans cet état le sang est épaissi, dès qu'elle serait établie, le sang privé de liquide aqueux ne pourrait plus fournir les matériaux nécessaires aux exhalations, et dès lors les déjections de nature cholérique ne pourraient plus avoir lieu.

Or, nous pouvons fournir plusieurs observations qui montrent que les déjections cholériques sont seulement survenues dans la période cyanique.

D'un autre côté, s'il en était autrement, comment pourrait-on comprendre la disparition de la cyanose et le retour vers la guérison, coïncidant avec des sueurs abondantes qui dépouillent encore le sang de ses matériaux ? Comment pourrait-on admettre, ce qui est cependant incontestable, les guérisons nombreuses par les vomitifs et notamment par l'ipécacuanha ? Comment expliquer le retour des urines coïncidant presque toujours avec le retour du pouls et de la chaleur ? Comment encore expliquerait-on la soif si vive qui suit fréquemment la disparition de la cyanose ? Qui ne voit que, si de la perte des liquides procédaient les autres symptômes, loin de diminuer par les vomissements provoqués par les selles, par les sueurs, par les urines, par tout ce qui enfin enlève des sérosités à la masse du sang, ils devraient encore s'accroître en proportion de toutes ces exhalations et sécrétions ?

Ainsi, d'une part, il résulte des observations que nous avons sous les yeux, que très-souvent la cyanose est survenue sans évacuations antérieures ; que dans un certain nombre de cas les déjections cholériques sont survenues seulement alors que la période algide ou cyanique était confirmée ; que dans d'autres cas enfin, sans évacuations antérieures, le malade a succombé dans la période cyanique sans que, pendant sa durée, il y ait eu ni vomissements, ni selles.

Je sais bien que l'on a dit que, dans ce dernier cas, les liquides étaient sécrétés sans être rejetés au dehors. Mais, outre que l'exploration abdominale, par le palper et la percussion, nous avait

suffisamment démontré que le tube digestif ne contenait pas de matières liquides, l'examen cadavérique nous a prouvé qu'il en était ainsi.

Il n'est pas besoin, Messieurs, de dire que, si l'explication généralement admise jusqu'à ce jour de la filiation des symptômes du choléra était vraie, la gravité de cette terrible maladie devrait être en raison directe des évacuations. Or, nous avons observé le contraire, et nous avons pu établir que le pronostic était d'autant plus fâcheux que les évacuations étaient plus rares.

Quand on lit le passage suivant des intéressantes lettres de M. Monneret sur le choléra de Constantinople, on a lieu de s'étonner que cet excellent observateur n'ait point été frappé de ce que nous venons de dire : « On ne connaît pas, dit-il, le mode « suivant lequel s'enchaînent les phénomènes morbides du cho- « léra ; en un mot, on ne sait rien de ce qu'on appelle la physio- « logie pathologique de la maladie. »

Nous croyons avoir démontré que les déjections ne constituent point le fait principal du choléra, puisqu'il tue alors même qu'elles manquent entièrement.

On nous demandera sans doute quel est le trouble organique qui leur est antérieur quand elles existent, et qui est marqué à son plus haut degré quand elles manquent. Nous ne pouvons répondre à cette question qu'en interrogeant les faits. Nous avons dit en commençant qu'une très-grande partie de la population de Liége avait été prise de troubles digestifs, le plus souvent apyrétiques, quelquefois fébriles, mais toujours accompagnés d'une langueur, d'une torpeur musculaire, d'une faiblesse qui étonnaient beaucoup les malades. En examinant ces personnes, nous avons été frappé des changements survenus dans les fonctions de la circulation. Tous ceux que nous observions avant la période fébrile, outre qu'ils étaient sensibles au froid, avaient le pouls lent, petit, inégal, quelquefois intermittent. Nous avons souvent été étonné de rencontrer cette particularité chez plusieurs de nos clients dont nous connaissions la circulation normale, et c'est par eux que notre attention s'est éveillée sur ce point chez tous les sujets atteints de l'*influenza*. Nous avons vu des sujets qui entraient dans la cyanose un quart-d'heure ou une demi-heure après que nous explorions leur circulation devenue petite, irrégulière, intermittente. Nous en avons vu d'autres, chose plus surprenante, être debout, marcher, rentrer de la promenade, alors qu'ils commençaient la cyanose, et qu'il nous était impossible de trouver chez eux le pouls radial. Est-ce donc trop demander aux faits que de conclure de ceux-ci, car nous avons laissé en dehors tous ceux qui ont trait à des ma-

lades qui dans cet état avaient eu des évacuations alvines, de conclure, disons-nous, que la cause noscive frappe d'abord la circulation, et que ce ne sont point les pertes abondantes qui sont la cause de son arrêt ?

Maintenant on nous demandera peut-être : Est-ce le sang qui primitivement est altéré ? Est-ce le cœur qui, sous une influence idiopathique ou symptomatique, serait frappé d'une sorte de paralysie ? Bien décidé que nous sommes à toujours interroger les faits, et à nous taire s'ils cessent de répondre, nous allons encore les consulter.

On voit le pouls persister, bien qu'affaibli, dans un grand nombre de cas où le sujet est complétement cyanosé. Or, la cyanose peut-elle dépendre d'une autre cause que de l'engorgement sanguin de l'appareil veineux et capillaire ? Si le sang alors s'est arrêté malgré la persistance des efforts du cœur, qui se débat parce que trop peu de sang peut-être lui arrive, ne devons-nous pas conclure que la coagulation du sang est le premier fait saisissable de l'empoisonnement cholérique ?

Si l'on voulait prétendre que c'est le système nerveux qui est le premier influencé, et que c'est sous l'action de ses perturbations que le sang se coagule, outre que nous demanderions la preuve de cette assertion, nous ferions remarquer que la coagulation du sang est le premier fait bien saisissable, et qu'aucun trouble nerveux n'est apparent alors qu'elle existe déjà. Ainsi nous devons à l'obligeance de notre collègue, le professeur Sauveur, l'observation très-remarquable d'une femme qu'il trouva à table, le 25 janvier, mangeant des pommes de terre, bien que, prise de diarrhée depuis plusieurs jours, elle fût déjà arrivée à la période cyanique. Où donc était le trouble nerveux chez elle ? D'un autre côté, puisque les mêmes causes produisent toujours les mêmes effets, pourquoi le trouble nerveux amène-t-il souvent de la diarrhée avant la coagulation du sang, alors que, dans d'autres circonstances, il coagule celui-ci d'emblée ?

Pour ne point nous écarter du but de cette communication, et pour montrer que, si la cyanose est un fait indépendant des évacuations cholériques, cette connaissance peut servir à éclairer la thérapeutique de la maladie, il faudrait examiner les résultats des différents traitements employés, tout en ayant égard aux époques de l'épidémie. Mais de grandes difficultés se présenteraient ; car rien de plus difficile que de juger de la valeur comparée des divers traitements. Non-seulement la maladie diffère par ses aspects symptomatiques, mais sans doute et plus encore par le degré de l'empoisonnement. Elle diffère suivant les lieux, suivant les su-

jets, etc., etc., mais elle diffère surtout, quant à la gravité, au commencement, au milieu, à la fin de l'épidémie et dans ses recrudescences. Quand nous pourrons nous livrer à ce travail, nous tâcherons de faire partout état de ces circonstances, afin de ne comparer entre elles que des maladies d'égale intensité, et prises dans les mêmes conditions.

Avant d'arriver aux quelques mots que nous avons à dire du traitement, permettez-nous de vous entretenir quelques instants d'une question qui, bien que négligée jusqu'à ce jour, ne laisse pas que d'intéresser à un haut degré celle de l'appréciation de l'utilité des divers traitements. Le choléra abandonné à lui-même est-il toujours mortel? Broussais, en 1832, dans ses deux belles leçons sur le choléra, a dit que non traitée cette affection se terminait toujours par la mort. Ce grand génie n'avait pas rencontré des cas analogues à ceux que nous pouvons exposer ici et qui prouvent d'une manière absolue que le choléra algide et cyanique peut parfois guérir par les seules forces de la nature. Voici un fait que je dois à mon confrère, M. le docteur Wasseige, médecin très-distingué de notre ville :

En 1832, dans le village d'Ans, situé à une demi-lieue de Liége, au-dessus de l'une des plus grandes élévations du bassin de la Meuse, au versant de la montagne en regard de l'orient, lieu sec, muni d'abondantes eaux de fontaine, le choléra décime littéralement la population. Une femme de soixante dix ans reste seule dans sa maison, son fils et sa bru, exerçant la profession de messagers, étant partis pour plusieurs jours. Cette malheureuse est prise de vomissements et de diarrhée ; les forces lui manquent à ce point qu'elle ne peut demander des secours à ses voisins, éloignés d'une centaine de mètres de sa maison. Elle parvient à attirer auprès de son lit une table sur laquelle il y avait plusieurs terrines d'eau fraîche : elle y puise tant que ses forces le lui permettent. Trois jours se passent. Les voisins s'aperçoivent enfin que sa porte reste fermée : ils s'en inquiètent, frappent, mais la cholérique sans voix ne peut répondre. Ils se décident à enfoncer la porte et trouvent la vieille mourante sur son lit où elle est depuis quatre jours. Mon confrère est appelé : il apprend, outre ces particularités, qu'à dater de l'instant où l'on est entré auprès de la malade jusqu'à celui de son arrivée, l'état de celle-ci s'est beaucoup amélioré. Frappé de ce fait, il a l'heureuse idée d'en profiter pour connaître si par bonheur le choléra dans toute son intensité peut guérir par les seules forces de la nature, secondée par de l'eau froide. Il se borne donc à ne prescrire qu'une simple potion émolliente et, ne voulant rien compromettre, il retourne voir la malade

quelques heures après : l'amélioration indiquée s'est accrue, la cyanose se dissipe, le pouls reprend du développement et enfin, après quelques jours, la malade est entièrement rétablie.

Nous possédons, Messieurs, plusieurs faits qui ont une grande ressemblance avec celui-ci. Deux choléras algides ont guéri sous nos yeux sans autre prescription que de l'eau, un air frais, une caléfaction très-modérée et une infusion de menthe oxymellée.

Cette question résolue, nous arrivons au traitement. Mais vous sentez tous, Messieurs, que nous ne pouvons aujourd'hui qu'indiquer ce que l'on a fait à Liége, nous réservant seulement de faire ressortir l'influence que doit avoir notre manière d'apprécier la filiation des symptômes sur la thérapeutique du choléra.

Ici, plusieurs médecins ont essayé les spécifiques que chaque jour les feuilles périodiques annoncent. Ainsi l'alcool saturé de chlorure de sodium, l'huile essentielle de menthe poivrée, depuis la dose de quelques gouttes jusqu'à celle d'une demi-once, les excitants diffusibles, éther, camphre, etc., les préparations ammoniacales, l'huile de cajeput, etc., etc. Nous dirons dans un autre travail ce que nous avons vu de l'emploi de ces moyens. Ce que nous pouvons vous dire à présent, c'est que lorsque le médecin est appelé près d'un cholérique, s'il a eu occasion d'observer la maladie à une autre époque, il a adopté un mode de traitement. Mais quel qu'il soit, s'il n'a point accordé sa confiance à une formule empirique vantée qu'il administre dans tous les cas, les évacuations et le refroidissement le frapperont, et de là, pour lui, deux indications : Arrêter les selles et les vomissements, et réchauffer le malade, ce qui implique l'idée de relever la circulation et de provoquer la sueur. Partout où l'on s'est livré à l'étude du choléra, ces indications ont été mises en première ligne, et, pour les remplir, on a eu recours à l'opium d'une part, aux moyens caléfacteurs variés de cent manières, de l'autre. C'est du rationalisme, Messieurs, mais du rationalisme mal entendu. En effet, si vous partez de l'idée que les évacuations alvines sont la source des autres accidents, il est rationnel de les arrêter ; et si la cessation du pouls et le refroidissement en dépendent, évidemment vous ne pouvez réchauffer le malade et ranimer la circulation qu'après avoir supprimé ces évacuations. Or, nous croyons l'avoir déjà dit, la suppression brusque des évacuations, c'est, le plus souvent, la mort. Et le choléra sans évacuations est presque toujours mortel. Il résulte des observations faites ici, que le choléra que nous observons ne guérit pas sans des évacuations gastro-intestinales ou des sueurs, nous dirions volontiers sans des éliminations. Quoi qu'il en soit de cette dernière assertion, nous ne pensons pas que l'on puisse citer un

seul cas de choléra qui ait guéri sans des selles ou des sueurs.

On le voit, l'erreur dans l'appréciation des symptômes, nous voulons dire la croyance que les pertes de matières animales par haut et par bas sont la source des autres accidents, a conduit à des médications qui, rationnelles si la manière de concevoir la maladie eût été vraie, ne donnaient aucun résultat. De là, l'abandon du rationalisme et l'adoption des formules empiriques qui, le plus souvent, malgré le grand nombre de leurs apologistes, ont été décevantes.

Il vous tarde, Messieurs, de savoir quelle méthode de traitement nous avons adoptée ; la voici en peu de mots :

Favoriser le vomissement, essayer de le provoquer s'il n'existe pas, telles sont les premières indications que nous cherchons à remplir, nous réservant de modifier plus tard la surface digestive s'il en est besoin.

En même temps que l'on fait vomir, on pratique une petite saignée du bras de six à huit onces, et dans le cas où elle est impossible, on a recours à l'application de dix ou douze sangsues à l'anus, que l'on réitère si l'on n'obtient pas une effusion de sang suffisante. Il faut persévérer dans l'usage de l'ipécacuanha, dont on donne dix, douze, quinze grains, de quart-d'heure en quart-d'heure, jusqu'au retour du pouls, de la chaleur et même jusqu'à l'apparition de la sueur. A défaut d'ipécacuanha, on peut recourir à l'eau tiède, dont il faut gorger le malade : ce moyen nous a réussi également.

Ne pas employer la caléfaction de la manière généralement usitée : des simples couvertures, une boule d'eau chaude aux pieds, voilà tout.

Que l'air ambiant soit frais. Ceci étonnera les médecins qui n'ont pas eu occasion de voir des cholériques. Ces malheureux malades, étouffés sous le poids des couvertures, presque brûlés par les agents caléfacteurs dont on les entoure dans des chambres où la température est élevée au plus haut degré possible, se plaignent continuellement des tortures auxquelles on les soumet. Ils vous disent : « Vous me trouvez froid, moi je brûle ; le feu est dans « mes entrailles. » Ils réclament avec instance un air frais, demandent qu'on ouvre les portes, les fenêtres et si vous appliquez le thermomètre sur le corps que vous jugez glacé, l'instrument vous dit que vous vous trompez, et que le cholérique a raison.

Le pouls et la chaleur reparaissent parfois brusquement ; la sueur les suit ; la réaction, comme on le dit, souvent trop forte exige alors un traitement sur lequel tout le monde est d'accord, et dont nous n'avons pas besoin de parler ici.

Les selles continuent avec leur intensité première, diminuent ou s'arrêtent. Dans ces deux derniers cas, on les abandonne à elles-mêmes, mais quand elles restent abondantes et menacent d'épuiser le malade, on se trouve bien de l'administration du calomel à la dose de deux grains, de demi-heure en demi-heure. Ordinairement après dix à douze doses, les évacuations se suspendent pour reparaître plus tard, non plus avec les caractères cholériques, mais petites, vertes et moins liquides. Les vomissements ne se reproduisent plus qu'à de très-longs intervalles et, après quarante-huit heures, ou le malade est guéri ou il passe à la troisième période, dite typhoïde et dont la durée peut être de plusieurs septénaires.

Si, au lieu du retour brusque de la circulation, le pouls revient lentement et met plusieurs jours à se ranimer, la chaleur le suit du même pas, la sueur est à peine sensible, les déjections continuent encore quelque temps, et ces malades, pour ne marcher que d'un pas lent, ont une allure plus sûre que les autres et ils passent moins souvent qu'eux à la troisième période.

Dans les cas malheureux, on n'obtient que peu ou point de vomissements : alors on a recours, mais le plus souvent inutilement, à tous les excitants diffusibles vantés.

Dans les cas dits *choléra sec*, c'est à-dire, cyanose et algidité sans vomissements ni selles, quelque effort que l'on fasse, tout est le plus souvent inutile : le vomissement ne peut être provoqué, et c'est en vain que l'on réchauffe le malade à l'extérieur, la circulation ne reparaît point ; il se plaint d'étouffements, et presque toujours il périt asphyxié tout en conservant sa liberté d'esprit.

On s'étonnera peut-être de ce que nous ne parlons ni des frictions, ni des sinapismes. Ces derniers nous ont paru plus nuisibles qu'utiles dans la période algide, et quant aux autres, nous n'en avons obtenu de bons résultats qu'alors qu'elles étaient employées dans le but de combattre les crampes qui, comme nous l'avons déjà dit, sont assez rares dans cette épidémie.

Nous éprouvons le besoin de faire remarquer à l'honorable Assemblée que nous ne nous sommes occupé que de la période cyanique du choléra, et que c'est à dessein que nous n'avons point parlé de la première et de la troisième période que nous n'avons fait qu'indiquer. Si nous avions ici à parler de la première, nous devrions soulever une question du plus haut intérêt, parce que, tant qu'elle ne sera point résolue, toutes celles relatives à la valeur des différents traitements ne pourront pas l'être. Nous voulons parler du diagnostic du choléra dans sa première période. Sans abuser plus longtemps de votre temps, mais pour faire comprendre tout l'intérêt de cette question, nous en dirons un seul mot. Un malade

est, depuis quelques jours, atteint de diarrhée avec ou sans coliques ; les selles sont cholériques ; l'appétit est diminué ; il est frileux ; la circulation est ralentie, moins énergique. Après deux ou trois jours de cet état, il est pris de vomissements. Le médecin administre l'ipécacuanha ; bientôt, après des vomissements redoublés, le malade est couvert d'une sueur chaude, les selles s'arrêtent, il dort durant la nuit et le lendemain tout a disparu. Avons-nous guéri un cholérique, Messieurs ? Qui pourrait le dire ? Qui oserait affirmer que ce sujet n'était pas dans la première période du choléra, et que, sans les prompts secours qu'on lui a administrés, la période cyanique ne serait pas apparue ? Est-ce une cholérine ? Est-ce un choléra ? Question insoluble et qui nous montre que, puisque le diagnostic de cette période est impossible, il ne faut dénommer choléra que les cas où la cyanose existe. C'est ce que nous avons cru devoir faire ; et toutes les fois que nous aurons l'honneur de vous parler d'un cas de choléra, il s'agira toujours de cette affection arrivée à la deuxième période, ou choléra confirmé.

Nous ne pouvons, en finissant, nous empêcher de vous rapporter un cas de choléra sidérant terminé en cinq heures, débutant quasi par la cyanose, et dans lequel le diagnostic, difficile et resté un instant en suspens, fut résolu d'une manière judicieuse par notre excellent ami le docteur Heuse. Un homme de cinquante ans, jouissant d'une très-bonne santé, rentre chez lui après une promenade. Bientôt il s'affaisse sous lui et tombe. Le docteur Heuse le voit aussitôt : aux traits altérés du patient et à l'absence du pouls, il soupçonne un choléra ; mais le malade affirme qu'il n'a eu ni nausées, ni vomissements, ni selles. La peau est froide, visqueuse ; l'intelligence est libre et le médecin ne parvient pas à savoir si, au moment de la chute, il y a eu perte des facultés intellectuelles. Est-ce un choléra ? Est-ce une syncope ? Comment résoudre cette question ? Aussitôt l'idée propre à la solution du problème se présente : le malade est assis les pieds au feu, couchons-le horizontalement ; si c'est un état syncopal, bientôt le pouls reparaîtra, sinon c'est le choléra foudroyant. Le pouls ne revint pas ; il n'y eut ni vomissements, ni selles, quoi que l'on fît pour en obtenir, et cinq heures après, le malade périssait asphyxié.

Du 15 décembre au 16 février 1849, soit en soixante-six jours, il a été constaté à Liége 652 cas de choléra.

De ce nombre 180 sont guéris,
424 sont morts,
48 restaient en traitement.

Total : 652

Je tiens ces chiffres de source officielle, mais je dois ajouter, ainsi que l'observation m'en a été faite à moi-même, qu'ils sont cependant incomplets : vous allez comprendre qu'il ne pouvait en être autrement. L'administration a connu exactement *tous les décès*, mais elle n'a pu recueillir d'une manière aussi certaine *tous les cas* de choléra qui ont éclaté en ville. Les médecins du bureau de bienfaisance ont fourni des renseignements assez précis sur ce qu'ils ont observé, soit chez les indigents soit dans les hôpitaux, mais on ne sait absolument rien de ce qui s'est passé au sein des familles aisées. Voilà pourquoi le chiffre des morts est seul officiel, tandis que les 180 guéris, et les 48 restant en traitement ne sont qu'une approximation tout à fait incomplète.

La population de Liége est de 78,502 habitants.

La moyenne des décès, pendant les dix années de 1837 à 1847, a été de 2,168 $^{6}/_{10}$.

Le nombre total des décès du 13 décembre 1848 au 21 février 1849, soit en 71 jours, a été de 937.

Or, si l'on répartit le nombre des décès ordinaires, savoir : un tiers sur les six mois d'été et deux tiers sur les six mois d'hiver, on obtiendra pour la première période 723 décès, et pour la deuxième, 1,446, soit par journée d'hiver 7 $^{55}/_{61}$ décès ou 8.

Pendant la période cholérique écoulée jusqu'à ce jour, il a été constaté 937 décès en 71 jours, soit par jour 13 $^{3}/_{23}$ décès, ou, chiffre rond, 13.

En laissant de côté les fractions, nous obtenons donc pour la part du choléra une différence de 5 décès par jour, soit pour 71 jours, 355 qui constituent la part de l'épidémie prise dans son sens absolu.

Les décès constatés comme résultat du choléra sont de 424

Différence : 69

A propos du choléra, je crois devoir signaler à l'Académie une particularité relative à la filiation des maladies qui ont précédé les deux épidémies que nous avons subies. Cette particularité m'a semblé digne de la plus sérieuse attention, quoique je ne l'aie rencontrée dans aucun écrit sur la matière.

Vers 1845, une maladie étrange éclate à la prison de Saint-Bernard. Les uns prétendent que c'est la fièvre typhoïde, les autres affirment que c'est autre chose, et enfin M. le docteur Tosquinet reconnaît la spécialité des symptômes, et l'appelle *acrodynie*. Dans le même temps, différents cas de cette maladie apparaissent çà et là sur toute la surface du pays. Peu après, l'honorable M. François vous signale l'apparition extraordinaire de maladies

de la moelle épinière. Enfin, le 3 avril 1846, la Commission médicale locale de Dinant, que j'avais l'honneur de présider, adressait à la Commission provinciale un rapport dans lequel elle signalait les particularités suivantes :

« Il y a quelques mois, l'honorable M. François adressait à l'Académie royale de médecine une note sur la fréquence actuelle des maladies organiques de la moelle épinière, note qui fut confirmée par MM. Froidmont et De Mersseman, praticiens frappés également du nombre de cas qu'ils étaient appelés à combattre. Eh bien ! Messieurs, depuis deux ans, les médecins qui font partie de notre collége ont rencontré, dans leur pratique de la ville et des environs, douze cas de myélite bien caractérisés et qu'il est impossible de confondre avec les différentes névralgies lombo-dorsales, lombo-abdominales ou dorso-intercostales, qui parfois font prendre le change sur la nature du mal. Ce fait, rapproché des précédents, démontrerait à lui seul la vérité du principe des transformations morbides, de la modification successive des différentes maladies, si le fléau de 1831 n'était venu le confirmer en laissant à sa suite le stigmate particulier qui a distingué toutes les affections qui ont suivi cette cruelle époque. Les douze cas auxquels nous faisons allusion, en ce moment, ont cela de remarquable, qu'ils se sont présentés à nous en moins de deux ans, tandis que pendant les quinze années qui ont précédé, c'est à peine si nous en avons rencontré un ou deux exemples. Nous n'admettrons pas cependant sans réserve l'opinion des trois honorables académiciens précités, qui veut que des affections morales violentes soient la cause habituelle générale de l'apparition de la maladie, car chez nos douze patients, il n'en est peut-être pas un seul qui ait été soumis à pareille influence lors de l'invasion du mal. »

Dans le courant de l'année 1846, des cas d'acrodynie apparaissent à Dinant en nombre assez considérable, et se dessinent particulièrement chez deux dames en état de gestation.

A la suite de l'acrodynie survient la grippe, et enfin le choléra que nous avons en ce moment.

Voyons maintenant, Messieurs, comment les choses se sont passées en 1832, lors de la première invasion du fléau asiatique.

En 1828, on observa à Paris une maladie inconnue, une maladie qui n'avait jamais figuré dans nos cadres nosologiques, et qui d'abord passa inaperçue. M. Andral fut, je crois, le premier qui signala cette épidémie et lui donna le nom d'*acrodynie*. Pendant trois ans environ, la maladie exerça ses ravages dans la capitale, frappant indistinctement toutes les classes de la société, puis elle

disparut complétement. La grippe lui succéda, et enfin le choléra de 1832.

Je me borne aujourd'hui à signaler cette double filiation de maladies, cette double succession épidémique : plus tard sans doute on pourra en tirer des conséquences que je commence à entrevoir dès aujourd'hui, et que je me réserve de vous soumettre.

M. *Spring* : Il y a, Messieurs, dans la communication extrêmement intéressante que vous a faite l'honorable membre, plusieurs points sur lesquels j'aurai des observations à présenter, non pour exprimer des doutes, mais pour provoquer des éclaircissements.

Ces observations touchent principalement à la pathogénésie, c'est-à-dire, au mode de production de la maladie, point scabreux et souvent dangereux à aborder. Cependant, comme ce point est essentiel et (M. Lombard l'a fait remarquer avec raison) qu'il doit être médité avant qu'on puisse formuler un principe scientifique concernant les différents modes de traitement, je demanderai à l'Académie la permission de lui exposer brièvement le résultat de mes études sous ce rapport.

Je dois dire tout d'abord qu'en 1836 et 1837, au début de ma carrière, j'ai eu l'occasion de voir un nombre très considérable de cholériques. J'ai commencé ma clientèle à Munich, lorsque l'épidémie, qui a duré cinq mois, y était très-intense. J'étais chargé du service des autopsies ; j'en ai fait cent quarante avec tout le soin dont j'étais capable.

J'ai reconnu qu'il était extrêmement difficile de se rendre compte de la nature de la maladie, et impossible d'en trouver la cause par une expérience ou par l'observation directe. J'ai essayé alors un moyen qui pouvait conduire à un résultat si non absolu, au moins probable. J'ai compulsé les principaux ouvrages qui ont été publiés sur l'épidémie aux Indes orientales, en Russie, en France et en Angleterre : j'ai tenu note des faits les plus frappants concernant la propagation, l'incubation, etc., de la maladie : après avoir formé ainsi des séries de faits nombreux et disposés méthodiquement, j'ai essayé d'appliquer à ces faits les nombreuses hypothèses qui ont été produites sur la nature de la maladie, afin de m'assurer si elles pouvaient expliquer les faits. Eh bien ! aucune de ces hypothèses, et elles sont nombreuses, n'est applicable, excepté une seule, celle des miasmes animés. Je puis assurer que j'avais formé mes séries sans préoccupation théorique, et qu'avec cette hypothèse aucun fait ne restait inexplicable.

Je n'ai pas vu par moi-même les malades, à Liége, mais je me suis enquis auprès de mes honorables confrères de tous les faits

propres à l'épidémie actuelle; tous s'expliquent parfaitement par l'idée d'un miasme animé.

Mais par miasme animé, je n'entends pas désigner un animal développé, par exemple, un infusoire. J'entends des germes, des œufs. Ces œufs, à ce que je pense, sont répandus dans l'atmosphère. Ils sont introduits dans l'estomac et dans les intestins avec l'air qu'on avale à chaque instant. Quand la muqueuse gastro-intestinale est dans un certain état, c'est-à-dire quand les germes trouvent un sol convenable, ils se développent et produisent un animal ou une plante.

Je dois dire, en passant, que dans les déjections des cholériques on trouve de petits végétaux microscopiques, semblables aux cellules du ferment qui, quelquefois, forment des chapelets qui se ramifient et que l'on voit grandir, sans cependant affirmer que ce végétal constitue réellement la cause du choléra; je dois dire que je possède un grand nombre de faits qui prouvent que c'est par les déjections alvines que la maladie se communique.

La période qui s'écoule avant que l'œuf puisse se développer est plus ou moins longue. Il ne se développe pas ordinairement avant cinq jours. Il n'est pas très-vivace; il meurt quand il est transporté, par exemple, à une distance de cinquante mètres. La maladie ne se propage pas au delà de cette distance; elle se propage par continuité comme une tache d'huile sur du papier. C'est ce qui a encore été constaté à Liége.

Cet œuf ne reste pas vivace dans la température extérieure. Il faut, pour propager la maladie, qu'il soit fixé dans un organisme vivant, c'est-à-dire, qu'un malade se transporte d'un lieu dans un autre, et qu'il y opère la dissémination des germes.

Je pourrais énumérer un grand nombre d'autres propriétés qu'ont ces germes; mais j'arrive à la pathogénésie proprement dite.

Les germes viennent se fixer sur la muqueuse intestinale; c'est par l'air que nous avalons qu'ils sont introduits dans l'estomac.

Nous avons tous sans doute avalé, à Liége, de ces germes en grande quantité; nous avons tous ressenti des nausées, des coliques, des borborygmes, etc. Tout le monde s'en plaignait; mais les œufs ne se développent pas toujours; cela n'a lieu que quand une cause extérieure vient le favoriser. Ils peuvent même être arrêtés dans leur développement; alors ils ne produisent pas une nouvelle génération. Mais ce n'est que quand il se produit une nouvelle génération de germes que la maladie passe à la période de choléra déclaré.

Je m'arrête ici, car ces considérations sur la cause du choléra me conduiraient beaucoup trop loin.

Maintenant la méthode évacuante possède, selon moi, une base rationnelle, et c'est en cela que mon opinion diffère de celle de M. Lombard. Mon honorable collègue croit que cette médication n'a qu'une base empirique. L'empirisme est une excellente chose quand la théorie fait défaut; mais je crois qu'ici la théorie ne manque pas et que la raison seule a déjà pu vous amener à reconnaître qu'il faut recourir à la méthode évacuante.

Quant à la cyanose qui existe quelquefois sans évacuations, c'est un des faits les plus curieux de ceux dont nous a entretenus M. Lombard.

Au point de vue physiologique, je dois dire cependant qu'il n'y a pas coagulation du sang; il n'y a que concentration ou, si l'on veut, filtration du sang. La coagulation est due à la fibrine; cette substance se perd avec le liquide sanguin à travers la muqueuse gastro-intestinale. L'absence de la coagulation est un fait tellement certain, qu'elle constitue un des principaux caractères qui nous font reconnaître sur le cadavre que le malade est mort du choléra. Le sang est grumeleux, poisseux; il a perdu une quantité très-considérable de son liquide, de la fibrine et de son alcali libre, tandis qu'en échange il contient de l'urée et la matière jaune de la bile.

La cyanose n'est pas la suite de ce que j'ai appelé tout à l'heure la filtration du sang. Elle n'est pas non plus, comme on le pense communément, la suite de la stagnation du sang dans les veines; car combien de fois n'arrive-t-il pas, dans d'autres circonstances, que le sang s'arrête dans les veines, pendant un temps plus ou moins long, sans qu'il y ait pour cela le moindre indice de cyanose? Ce symptôme ne se présente que quand il y a défaut d'hématose. Or, ce défaut est presque absolu dans les formes supérieures du choléra, et, jusqu'à un certain point, indépendant des évacuations. On s'en rendra aisément compte, si l'on fixe son attention sur trois faits : 1° la faiblesse des contractions du cœur; 2° la suppression de la sécrétion biliaire; 3° la diminution, dans le sang, de la soude libre, sans laquelle, selon la théorie que j'admets, l'acte respiratoire est impossible. Ces causes réunies font qu'il y a surabondance de carbone dans le sang veineux, et on s'explique ainsi comment la cyanose et les autres symptômes du choléra peuvent exister même quand il n'y a ni vomissements ni selles.

— M. *Lombard :* M. Spring vient de trancher deux points. Le dernier est l'explication de la cyanose.

Il fait remarquer qu'il n'y a point de coagulation du sang chez les cholériques. Messieurs, il va sans dire que, quand je me suis servi du mot coagulation, j'ai simplement voulu m'exprimer comme tous

les auteurs s'expriment. Je n'ai pas entendu que l'albumine se coagule ainsi que cela arrive quand on y verse de l'acide nitrique.

Je suis certain que tout le monde, ici, a compris ce que l'on entend par coagulation du sang dans le choléra : c'est-à-dire, que la masse globulaire reste, et qu'il n'y a quasi rien autre chose. Je n'ai pas voulu faire de la théorie ; je n'ai pas voulu expliquer comment il se fait que les sujets deviennent noirs, que le sang se carbonise. Il est évident que plusieurs causes concourent à amener ces résultats; la première, c'est que les sels étant éliminés du sang, celui-ci perd sa qualité oxygénable, et l'hématose ne se fait pas. D'un autre côté, la stagnation produite par l'inaction du cœur, laisse tout le liquide dans le système veineux.

Il est d'autres circonstances encore qui favorisent le développement de l'asphyxie.

Ainsi, quant à la coagulation, je suis parfaitement d'accord avec M. Spring; c'est une expression dont je me suis servi parce que tout le monde s'en sert, et qui ne veut rien dire, si ce n'est que la masse globulaire est restée et que les autres matériaux sont perdus.

Mon honorable collègue a touché une question à laquelle je n'osais ni ne voulais toucher, celle relative à l'étiologie du choléra. Je ne m'occupe pas de métaphysique, et, pour moi, cette question est uniquement de son ressort. Depuis l'invention des insectes cholérigènes, on a fait beaucoup d'autres créations de l'imagination; ce sont les perturbations électro-magnétiques, les taches du soleil, des gaz qui partent de la terre, que sais-je? On n'a jamais pu voir les insectes cholérigènes; on les a vainement cherchés à l'aide du microscope et par tous les moyens possibles. On verra bien moins encore les produits de ces insectes, puisqu'il ne s'agit que de leurs œufs, infiniment plus petits sans doute.

Je ne fais attention à ceci que parce que j'ai entendu émettre une opinion qu'il est très-important d'examiner, au point de vue pratique, au point de vue de l'utilité générale : c'est que les selles, les déjections des cholériques seraient un moyen de transmission de la maladie. Vous comprenez, Messieurs, la portée de cette question. S'il en est ainsi, quelles précautions ne devons-nous pas conseiller, que de soins ne faut-il pas employer pour empêcher que ceux qui sont sains ne s'xposent au contact des cholériques? Eh bien! Messieurs, j'ai été couvert de déjections de cholériques, en 1832, et dix fois encore cette année-ci. J'ai vu partout ces déjections jetées dans les latrines, et je n'ai point vu l'apparence d'une transmission opérée de cette manière. Mais ce n'est pas dans les lieux où règne l'épidémie qu'il faut chercher des preuves pour com-

battre de telles assertions ; il faut les chercher ailleurs. Voici une circonstance qui vous démontrera, je pense, que les déjections des cholériques n'ont aucune part à la transmission de la maladie. Vous savez qu'à Seraing il y a des ouvriers de toutes les parties du pays. Éloignés quelquefois de quatre à cinq lieues de cet endroit, ils partent de chez eux le lundi matin et ils retournent le samedi soir. Lorsque l'épidémie s'est déclarée à Seraing, beaucoup d'ouvriers s'en effrayèrent; d'un autre côté, le travail étant peu abondant, on ne cherchait pas à les retenir, et beaucoup partirent. Huit de ces ouvriers retournèrent dans un village, éloigné de deux lieues de Seraing. Ils étaient parfaitement sains; jusque-là ils n'avaient rien éprouvé. Deux ou trois jours après, ils furent atteints au plus haut degré du choléra et ils périrent. Eh bien! ces hommes se trouvaient dans leur famille, ils étaient soignés par leurs femmes et par leurs enfants ; on n'a pas pris garde aux évacuations alvines qui ont sans doute été jetées plusieurs fois dans les lieux d'aisance, en un mot, on ne prenait aucune précaution ; mais parce que la maladie ne régnait pas dans la localité, personne ne devint malade. Vous avez beau transporter les cholériques dans un lieu où le choléra n'existe pas, vous n'y transporterez pas la maladie. Cela n'est-il pas tout à fait en opposition avec l'idée qu'il pourrait exister chez les cholériques un moyen quelconque d'inoculer le mal?

Messieurs, j'ai voulu ramener le traitement par les évacuations au rationalisme; j'ai fait tous mes efforts pour démontrer que ce traitement est parfaitement rationnel et que si d'autres l'avaient repoussé au nom du rationalisme, c'est qu'ils s'étaient trompés dans l'étude des symptômes du choléra ; mais je n'ai eu nullement en vue de vous parler ni des causes ni de la contagion.

Exposé général des principes, des applications et des règles de la méthode sous-cutanée; par le docteur Jules Guérin, membre correspondant.

La plupart d'entre vous sont parfaitement au courant des principales expériences et opérations pratiquées à l'aide de la méthode sous-cutanée. Quelques applications de cette méthode ont même été présentées à cette Académie et accueillies par elle avec une grande bienveillance. Mais, jusqu'ici, il n'avait été publié par moi ou par les chirurgiens qui se sont occupés de ces sortes d'opérations, que des Mémoires particuliers, et non un ensemble, un système propre à coordonner les différentes parties de la méthode. Depuis plus de dix ans que j'ai cherché à en poser les bases, j'ai vu se multiplier les occasions de l'appliquer, et j'ai pensé qu'avant de la constituer d'une manière définitive, il était convenable de

laisser au temps et à l'expérience d'en marquer en quelque façon le domaine et les limites naturelles.

Aujourd'hui que la science est en possession des matériaux nécessaires, je crois le moment venu de réaliser un travail d'ensemble, soit pour mieux caractériser, en les reliant entre elles, les parties éparses de la méthode; soit pour mieux faire comprendre les avantages dont elle est susceptible, par l'énumération des services qu'elle a rendus. L'accueil si encourageant, dont l'Académie n'a cessé d'honorer chacun de mes essais, me fait un devoir de lui offrir les prémices de ce travail.

Je n'abuserai pas de l'extrême bonté dont l'Académie veut bien me donner une nouvelle preuve, en lui communiquant, dans tous leurs détails, l'ensemble de mes recherches sur la méthode sous-cutanée. Je me borne à déposer sur le bureau ce travail qui est trop étendu pour être lu en séance : mais elle me permettra sans doute de lui exposer en peu de mots les vues qui ont présidé à la constitution de la méthode, les principes qui l'établissent, les applications qui en ont été faites et les règles qui la caractérisent et en assurent les résultats. Ce canevas est fort étendu sans doute; mais je prie l'Académie de se rassurer immédiatement : je saurai me renfermer dans les limites que la bienveillance même me prescrit.

§ Ier. *Principe.* — Il y a environ une quinzaine d'années, un certain nombre de chirurgiens pratiquaient la section du tendon d'Achille pour la guérison du pied-bot, par des procédés qui avaient spécialement pour but de ménager la peau. Il importe de remarquer que le caractère de cette opération était bien de ménager la peau : car le résultat final, auquel on était arrivé, n'avait été obtenu qu'à la suite d'une série de tentatives et de perfectionnements dans lesquels l'opération avait acquis de plus en plus les caractères d'une petite plaie.

A ce point de vue, nous nous plaisons à le reconnaître, on était parvenu à des résultats tout à fait satisfaisants. Ainsi, pour n'en citer qu'un, le dernier est le meilleur, dans le procédé de M. Stromeyer, la plaie cutanée avait été réduite à une double piqûre. Mais que l'Académie veuille bien se pénétrer de ce point de départ, cette opération ainsi pratiquée n'avait d'autre but que de ménager la peau, de réduire l'opération à un point pour ainsi dire imperceptible. Cette interprétation n'est pas seulement conforme à l'absence de toute théorie et de toute conséquence, de toute application ultérieure de l'opération considérée sous un autre point de vue; mais dans la comparaison des avantages du procédé sous-cutané avec ceux du procédé ancien, les hommes les plus spéciaux

se bornaient à considérer le fait matériel de la différence de dimension des plaies, et les avantages qui en ressortaient pour la simplification et la vulgarisation de la section du tendon d'Achille, comme moyen de guérison du pied-bot.

Cependant, un résultat d'un ordre bien plus élevé, fourni par les circonstances physiologiques de l'opération, passait inaperçu. Dans un certain nombre de cas, les plaies tendineuses se cicatrisaient immédiatement et sans suppuration, tandis que dans d'autres les plaies s'enflammaient manifestement et suppuraient. Les chirurgiens n'avaient pas vu cette différence de résultats, du moins avec le caractère d'opposition qu'ils présentaient, et par cela même, ne s'en étaient pas rendu compte. Voici comment ils la formulaient : « La section des tendons sous la peau ne donne lieu qu'à une *faible inflammation* et rarement à de la *suppuration.* » C'est ainsi que s'expriment Stromeyer, Dieffenbach et la plupart des chirurgiens du temps qui ont eu occasion d'apprécier les suites des sections tendineuses sous la peau. Pour tout le monde, à cette époque, la cicatrisation facile et rapide des plaies était considérée comme le résultat de la petitesse des ouvertures de la peau et de la nature peu réactive du tissu tendineux.

Sur ces entrefaites, ayant eu occasion de répéter moi-même un grand nombre de sections de tendons et de perfectionner encore le manuel opératoire, en réduisant les deux petites plaies de la ponction à une seule, je ne tardai pas à me convaincre que la cicatrisation immédiate des plaies sous-cutanées, dans un certain nombre de cas, ne pouvait pas être considérée comme une éventualité ou comme un amoindrissement du phénomène phlogistique, dépendant de la petitesse des ouvertures cutanées et de la nature du tissu divisé. J'y vis un fait à part, d'une nature propre, résultant d'une cause spéciale, déterminée, qui dominait tout à fait l'opération où on l'avait constaté. Ce fait, c'était pour moi, l'absence non-seulement de *toute inflammation suppurative*, mais même de *toute inflammation;* et pour le caractériser immédiatement comme il doit l'être, j'y vis un phénomène d'*organisation immédiate.*

Appuyé sur ce premier fait expérimental, j'ai étudié avec plus de rigueur et de précision les conditions qui, dans ma propre pratique, reproduisaient constamment le même résultat, c'est-à-dire l'absence de toute inflammation suppurative, et celles qui dans la pratique d'autres chirurgiens, autour de moi et en pays étrangers, produisaient alternativement ce résultat et le résultat contraire.

Or, de cette étude comparative est née pour moi la conviction

que l'absence constante d'inflammation suppurative, dans un cas, tenait au défaut de communication des plaies sous-cutanées avec l'air extérieur ; et réciproquement dans l'autre cas, la suppuration des plaies faites en apparence par la même méthode était due à la persistance de communication.

Une foule de faits épars dans la science, tels que les luxations, les fractures, certaines déchirures et contusions sans déchirure de la peau, non suivies d'inflammation suppurative, venaient corroborer cette manière de voir. Cependant, pour la rendre incontestable et étudier le phénomène de l'*organisation immédiate* dans ses éléments constitutifs, je l'ai soumis à une série d'expériences sur les animaux.

J'ai cherché à établir :

1° Que toutes les plaies, quels qu'en soient le *siége*, le *degré*, l'*étendue*, quelque tissu qu'elles occupent, peuvent être affranchies de toute inflammation suppurative, leur cicatrisation donnant lieu immédiatement aux phénomènes de l'*organisation immédiate ;*

2° Que cette immunité des plaies sous-cutanées et cette organisation immédiate des tissus divisés sous la peau sont dues à l'absence de toute communication avec l'air.

Plusieurs séries d'expériences et d'opérations me conduisirent à ce double résultat. Dans les unes, je montrai que les muscles, les aponévroses, le tissu cellulaire, les artères, les veines, les nerfs et jusqu'aux os, divisés sous la peau, ont la propriété, comme les tendons, de s'organiser immédiatement, sans passer par l'inflammation suppurative. Dans les autres, je montrai que les plaies tendineuses, aussi bien que les autres plaies maintenues en communication avec l'air extérieur, s'enflamment et suppurent.

Ce premier point résolu, je passai à un second.

Mes expériences m'avaient montré que des épanchements considérables de sang artériel ou veineux, formés sous la peau, se résorbaient dans le plus grand nombre de cas, ou se transformaient, ou même restaient sous la peau sans manifester ni provoquer le moindre phénomène de réaction. Je crus que la loi qui présidait à l'organisation immédiate des tissus était la même pour les collections de liquide et les cavités qui les renferment. Je fis donc des expériences dans cette seconde direction.

J'ouvris alternativement sous la peau et par des incisions directes les cavités articulaires, la poitrine, l'abdomen ; je tins tour à tour fermées et en communication avec l'air extérieur, des collections de sang ou de sérosité épanchés, et je vis qu'à l'égard des cavités ou des liquides qu'elles peuvent renfermer, comme à l'égard des tissus, l'absence des accidents ou la production de l'inflam-

mation suppurative tenait à leur occlusion ou à leur communication avec l'air extérieur. Et de même qu'une foule de faits pathologiques, luxations, fractures, déchirures, avaient déposé en faveur de l'innocuité des *sections sous-cutanées*, de même d'autres faits pathologiques, tels que les anciens abcès, les anciennes collections de sang ou de sérosité, les épanchements purulents qui restent si longtemps indolents lorsqu'ils ne sont pas ouverts, mais dont la marche change si rapidement dès qu'ils sont mis en communication avec l'air, venaient déposer en faveur de l'innocuité des ponctions sous-cutanées.

Mais ce n'est pas tout :

Plusieurs chirurgiens, voulant répéter mes expériences, obtinrent parfois des résultats différents. Cependant ils avaient observé la condition principale qui est de maintenir la plaie à l'abri du contact de l'air. Il y avait donc des conditions secondaires à observer, sous peine de mettre à néant l'effet de la condition principale et de faire échouer le résultat. C'est qu'en effet, outre les tissus divisés et les cavités ouvertes, il y avait à considérer les fluides de l'économie, tant normaux que pathologiques, dans leurs rapports avec le phénomène de l'organisation immédiate. Le sang artériel, le sang veineux, la sérosité, la lymphe, la synovie, le lait, la bile, le pus, l'urine, etc., peuvent se trouver plus ou moins en contact immédiat avec la plaie sous-cutanée. Quelle influence en résulte-t-il pour le travail d'organisation immédiate? C'est ce que j'ai cherché dans une série d'expériences, et dans l'étude des faits pathologiques.

Le narré de ces expériences et de ces faits trouvera sa place dans l'ouvrage détaillé sur la méthode ; je me bornerai à indiquer les résultats généraux auxquels je suis arrivé.

Les liquides de l'économie, considérés dans leurs rapports avec les plaies sous-cutanées, peuvent être ramenés à trois ordres :

1° Les liquides organisables,

2° Les liquides inorganisables ou neutres,

3° Les liquides antipathiques.

Les *liquides organisables* sont ceux dont une partie est résorbée et dont l'autre fournit des matériaux à l'organisation immédiate et la favorise. Tel est le sang artériel épanché au sein des plaies. J'ai constaté une foule d'exemples curieux sous ce rapport. Non seulement je me suis assuré que du sang artériel, épanché en quantité médiocre entre les lèvres des parties divisées, devient un des éléments importants de la jonction de ces parties ; mais j'ai constaté que des quantités considérables de sang artériel épanché sous la peau se résorbait en grande partie avec une rapidité vrai-

ment extraordinaire. Des thrombus du volume du poing ont disparu dans l'espace de vingt-quatre heures.

Les *liquides inorganisables* ou *neutres* sont ceux qui ne participent point à l'organisation immédiate et dont une partie peut être résorbée, et l'autre partie, restée sous la peau, empêcher mécaniquement par sa présence le travail d'organisation immédiate, ou donner lieu sans inflammation suppurative à diverses dégénérescences ou transformations de liquide. Le sang veineux, par exemple, n'est point apte à l'organisation. Lorsqu'une quantité notable est épanchée sous la peau, il se fait une sorte de départ et de décomposition physique; certaines parties du liquide sont résorbées; la plus grande partie stagne dans la plaie et se convertit en une espèce de liquide sirupeux sans autre effet pathologique que la gêne mécanique résultant de sa présence. Le contraire sous ce rapport, entre le sang artériel et le sang veineux, se remarque aisément lorsqu'une même quantité de l'un et de l'autre a été versée au sein de la plaie. Le caillot qui en résulte s'organise par les parties fournies par le sang artériel, et on trouve, au centre des caillots organisables, une certaine quantité de sang veineux resté liquide et décomposé.

Les *liquides antipathiques* sont tous les fluides excrétés, destinés à être rejetés au dehors : tels sont le lait, la bile, l'urine, le pus. Mais comme c'est avec le pus surtout que la méthode sous-cutanée a affaire, je me suis occupé avec le plus grand soin de déterminer son influence sur l'organisation immédiate des plaies sous-cutanées. Or, voici les faits les plus généraux qui résultent de mes recherches. Le pus, quoique confiné sous la peau, peut être altéré chimiquement ou conserver ses caractères normaux. Dans le premier cas, la plus petite quantité de pus, mise en contact avec la plaie sous-cutanée, provoque immédiatement un travail de réaction inflammatoire et empêche complétement le travail d'organisation immédiate. Dans le second cas, l'épanchement du pus dans la plaie peut encore devenir un obstacle à la cicatrisation immédiate, mais en donnant lieu secondairement à de petits abcès froids résultant comme d'une inoculation du pus. Il faut distinguer à cet égard deux conditions différentes et qui ont été arbitrairement confondues par ceux qui se sont occupés de la question. Le pus, renfermé dans des loges celluleuses enkystées, peut, comme on le sait, y séjourner fort longtemps, sans provoquer aucune espèce de réaction pathologique; mais lorsqu'il s'épanche dans le tissu cellulaire fraîchement divisé, il y détermine des accidents dont l'acuité varie en raison du degré d'altération du liquide et de l'étendue des surfaces avec lesquelles il est mis en contact.

Cette seconde série de faits conduit donc à l'établissement d'un second principe de la méthode sous-cutanée, à savoir : qu'outre la condition de maintenir la plaie à l'abri du contact de l'air, il faut encore qu'elle ne soit pas mise en rapport avec des liquides ou des substances antipathiques.

Telle est la double base scientifique de la méthode.

§ II. *Applications.* — Les applications de la méthode sous-cutanée sont de deux ordres, et correspondent aux deux ordres d'expériences physiologiques pratiquées sur les *tissus* et sur les *cavités*.

Les premières constituent les *sections*, c'est-à-dire la division des tissus sous la peau.

Les secondes, les *ponctions*, c'est-à-dire la soustraction des liquides contenus dans les cavités ou collections.

A. *Sections.* — 1° *Peau.* — J'ai plusieurs fois décollé la peau adhérente par suite de cicatrices vicieuses, et fait disparaître des brides qui gênaient le mouvement de certaines parties.

2° *Tendons.* — La ténotomie sous cutanée est une des plus importantes applications de la méthode. On se tromperait si on supposait que toutes les sections de tendons, qui ont été pratiquées depuis une dixaine d'années sous la peau, l'ont été suivant les règles de la vraie méthode sous-cutanée. Pour montrer qu'il n'en est rien, il suffit de rappeler que fréquemment elles ont donné lieu à des suppurations dont quelques-unes ont compromis la vie des opérés. Je parle de faits observés en public dans les hôpitaux de Paris. Par contre, je suis obligé d'ajouter que jamais, sur plusieurs milliers de sections de tendons, il ne m'est arrivé une seule fois de provoquer l'inflammation suppurative. L'insistance que je crois devoir mettre à reproduire cette assertion, contre laquelle se sont élevées et s'élèvent tous les jours de vaines clameurs, est commandée par l'intérêt de la science et des malades : car, lorsque le fait sera parvenu à vaincre toutes les oppositions qu'il a rencontrées jusqu'ici, on s'occupera d'étudier, à l'avantage des malades, comment et pourquoi il existe, au lieu de s'évertuer à prouver qu'il n'existe pas.

La section sous-cutanée des tendons a aujourd'hui de nombreuses applications en dehors de la chirurgie orthopédique. J'ai eu recours avec d'autres chirurgiens à la ténotomie pour faciliter la réduction des luxations anciennes et des luxations et fractures récentes.

3° *Aponévroses.* — J'ai fait un très-grand nombre de fois la section des aponévroses comme moyen orthopédique. Je l'ai faite encore comme moyen de débridement dans les engorgements et

épanchements inflammatoires. Je ne l'ai pas faite dans les plaies par armes de guerre; mais je l'ai proposée pour mettre d'accord les chirurgiens qui discutaient contradictoirement les avantages et les inconvénients des débridements aponévrotiques dans les plaies de cette nature. Il me paraît évident que l'avantage du débridement de ces plaies ne saurait être nié par personne, s'il n'entraînait l'inconvénient d'agrandir démesurément les surfaces saignantes. Or, le débridement sous-cutané a l'avantage de la méthode et n'en a pas les inconvénients.

4° *Muscles.* — J'ai divisé sous la peau presque tous les muscles comme moyen orthopédique. J'ai fait la même opération pour faciliter la réduction des luxations et des fractures. A un point de vue plus spécial, je citerai encore dans cette catégorie la herniotomie dans les cas de hernie étranglée comme moyen de débridement, et, dans les cas de hernie réductible, pour la cure radicale de cette infirmité. Je n'ai fait qu'une fois la première opération et j'ai réussi; j'ai pratiqué la seconde un assez grand nombre de fois avec un entier succès. Enfin, dans la même catégorie, je citerai encore la section du sphincter anal pour remédier à des cas graves de fissures à l'anus, compliquées de rétraction de ce muscle.

5° *Ligaments.* — La section sous-cutanée des ligaments est une des opérations qui m'ont rendu le plus de services, et elle me paraît mériter de fixer l'attention de l'Académie à un double point de vue. Comme fait physiologique d'abord. En coupant les ligaments j'ai ouvert fréquemment les articulations sans aucune espèce d'accident. J'ai ainsi prouvé, par l'*innocuité* de cette application si contraire à la gravité parfaitement établie des plaies ouvertes des articulations, combien est sûr et fondé le principe de la méthode. Comme ressource thérapeutique, c'est une des applications qui sont destinées à rendre le plus de services à la chirurgie en général, et à l'orthopédie en particulier. La section sous-cutanée des ligaments s'applique à un ordre entier de difformités, à celles que j'ai appelées *fixes*, parce qu'elles consistent dans la rigidité et la résistance des déviations articulaires, résultant non-seulement de la rétraction des muscles, mais encore du raccourcissement actif, d'une véritable rétraction du système ligamenteux. Sans la syndesmotomie, ces difformités sont incurables.

6° *Artères.* — J'ai pratiqué plusieurs fois avec succès, chez l'homme, la section et la scarification sous-cutanées de certaines tumeurs érectiles et fongueuses. J'ai ainsi substitué d'emblée, au tissu pathologique, un tissu nouveau, un tissu cicatriciel, en enjambant la période suppurative par laquelle passent forcément les méthodes ordinaires qui visent au même but : la méthode des fils,

par exemple. Sur les animaux, j'ai produit l'oblitération des artères par leur section complète et scarification, ou leur ligature sous-cutanée.

7° *Veines.* — J'ai fait plusieurs fois la section et scarification sous-cutanées des veines dans les varices et les différentes variétés de cette affection ; on a fait aussi maintes fois la ligature sous-cutanée des veines.

8° *Vaisseaux et ganglions lymphatiques.* — On a fait plusieurs fois la section des vaisseaux comme traitement abortif dans les bubons vénériens ; et j'ai fait très-souvent la section avec scarification des ganglions chroniques comme moyen de faciliter leur résolution ou résorption.

9° J'ai conseillé, il y a longtemps, et on a pratiqué plusieurs fois avec succès la section sous-cutanée des nerfs, dans les cas de névralgie opiniâtre. J'ai fait en outre avec succès la section de filets nerveux sous la peau dans certains cas de douleurs vives : enfin j'ai eu recours, comme moyen de réveiller la sensibilité et la vitalité de certaines parties à la suite d'arthralgies chroniques, à la caléfaction sous-cutanée des nerfs.

10° *Cartilages.* — J'ai proposé, il y a longtemps, mais je n'ai pas encore eu occasion de pratiquer, la trachéotomie sous-cutanée. On a fait un si grand nombre de fois avec succès la symphyséotomie sous-cutanée, qu'il est douteux qu'on la fasse jamais autrement.

11° *Os.* — J'ai fait plusieurs fois avec un plein succès l'ablation sous-cutanée de petites exostoses. J'ai produit des fractures sous-cutanées pour remédier à certains cals vicieux, et dans le même but, j'ai fait la section sous-cutanée de certains os, chez les jeunes sujets, chez les enfants rachitiques surtout. J'ai, dans quelques cas de fractures non consolidées, provoqué, à l'aide de scarifications sous-cutanées des surfaces osseuses, la réunion et la consolidation des os jusque-là disjoints. Cette opération a été répétée avec succès par plusieurs chirurgiens. Enfin, j'ai conseillé l'extraction d'esquilles, la résection des extrémités très-aiguës des fragments qui menacent de perforer la peau, etc.

B. *Ponctions.* — Parmi les applications de la seconde catégorie, je citerai :

1° La *ponction* et l'*incision sous-cutanée* des *tumeurs phlegmoneuses* commençantes, comme méthode de traitement abortif du phlegmon. Depuis que j'ai eu l'honneur de faire connaître mes premiers essais dans cette voie à l'Académie, j'en ai fait de nombreuses et constamment heureuses applications. Je citerai surtout plusieurs cas de phlegmons imminents des articulations par suite

d'entorses violentes avec déchirures et des épanchements considérables.

2° La *ponction* et l'*évacuation* de *certaines loupes* et autres tumeurs analogues suivies de la scarification du kyste.

Ces applications sont en quelque façon d'une catégorie intermédiaire aux deux principales. Elles marquent le passage des opérations par *sections* aux opérations par *ponctions*, des opérations sur les *tissus* aux opérations sur les *cavités*. Elles participent des deux ordres à la fois.

3° La *ponction* et l'*évacuation* des *abcès froids* et des *abcès* par *congestion;* applications dont le succès a été très-longtemps contesté, mais qui sont aujourd'hui entrées dans la pratique vulgaire.

4° La *ponction* et l'*évacuation* des *tumeurs sanguines*, des *collections séreuses*, qui se forment quelquefois à la suite des opérations sous-cutanées ou à la suite de fortes contusions et spécialement les céphalématomes.

5° La *ponction* et l'*évacuation* des *hydarthroses*.

6° La *ponction*, l'*évacuation* et la *scarification* des *kystes synoviaux* et autres tumeurs articulaires.

7° L'extraction des *corps étrangers* des articulations.

8° La cure radicale des *hydrocèles* et des *hématocèles*.

9° La *ponction* du *crâne* dans l'*hydrocéphale*.

10° La ponction et l'évacuation des *tumeurs hydrorachiques* chez les nouveau-nés.

11° L'opération sous-conjonctivale de la cataracte, et *la ponction* également sous-conjonctivale de l'œil dans certains cas d'hydrophthalmie.

12° L'*opération* de l'*empyème* et la *ponction* du *péricarde*.

13° La ponction et l'évacuation de *certaines tumeurs du foie*, des *ovaires* et autres *kystes abdominaux*.

14° Enfin, une foule d'autres opérations qui, sans être des applications régulières des deux ordres principaux, peuvent être rattachées néanmoins au principe de la méthode. De ce nombre, je citerai plusieurs opérations que j'ai exécutées ou proposées seulement et qui consistent à déplacer latéralement une certaine partie de la peau, et à opérer une ouverture assez grande pour extirper, soit des tumeurs, soit des corps étrangers, qui ne pourraient pas sortir par de petites ouvertures. Après l'opération, la peau, reprenant ses rapports naturels, détruit le parallélisme de l'ouverture cutanée avec le siége de l'opération, et l'on peut tenter la réunion par première intention. J'ai ainsi enlevé plusieurs fois des ganglions, atteints de gonflements chroniques, certaines tumeurs fibreuses ou enkystées. J'ai proposé de ramener à ce genre d'opérations sous-

cutanées l'opération césarienne elle-même, dont le danger le plus grand consiste, comme on le sait, dans l'ouverture directe de la cavité péritonéale. Or, par le système de déplacement de la peau que j'ai indiqué, on peut soustraire l'opération césarienne à cette condition des plaies directes.

Telles sont les applications principales de la méthode sous-cutanée. Elles constituent, ainsi que l'Académie peut le voir, un ensemble si homogène, si uniforme dans le but, les moyens et le résultat, qu'il devient désormais impossible de les séparer les unes des autres et de méconnaître leur communauté d'origine et le caractère général qui les distingue des autres méthodes chirurgicales. Cependant, pour prévenir toute contestation à cet égard, je suis obligé de mentionner une certaine contrefaçon de la méthode qui, depuis quelques années, a cherché à s'approprier une bonne partie des opérations que je viens d'énumérer. Je veux parler des ponctions pratiquées pour des collections de liquide, sang, sérosité ou pus, que l'on a fait suivre d'injections iodées ou de quelque autre substance irritante, dans le but de provoquer l'adhésion des parois sécrétantes. Or, ces opérations ne sont que des ponctions sous-cutanées qu'on a espéré défigurer en les faisant suivre d'injections irritantes. Si ces injections étaient nécessaires, on comprendrait qu'elles pussent être considérées comme un complément, comme un perfectionnement de la méthode ; mais point. La méthode sous-cutanée guérit parfaitement et sûrement sans elles et constitue une complication souvent dangereuse de l'opération. Pour n'en citer qu'un exemple, ne sait-on pas que les injections irritantes des articulations, que l'on a faites à la suite de ponctions d'hydarthroses, ont été fréquemment suivies d'accidents inflammatoires qui ont mis les jours des malades en danger ? Eh bien, la méthode sous-cutanée répudie hautement cette sophistication, et déclare qu'elle peut produire sûrement, sans le dangereux auxiliaire des injections, tous les résultats qu'on se propose par ces dernières, c'est-à dire la cessation des sécrétions pathologiques et l'oblitération des kystes. Elle cite en première ligne toutes les collections articulaires, hydarthroses, hygromas, ganglions, dont le nombre de guérisons égale presque celui des tentatives qu'elle a faites.

Mais, pour arriver à cette sûreté de résultat, il ne suffit pas de faire des ponctions, il faut les faire comme la méthode le prescrit, avec les moyens dont on attend les résultats, c'est-à-dire, suivant les règles que nous allons rappeler.

§ III. *Règles de la méthode.* — Les règles de la méthode sous-cutanée sont au nombre de quatre principales. Elles sont relatives :

1° *au pli cutané*; 2° *à l'évacuation de la plaie*; 3° *à la succion des cavités*; 4° *à l'occlusion hermétique des ouvertures*. Quelques mots suffiront pour faire comprendre la signification et l'importance de ces règles.

1° *Règle du pli cutané*. — C'est une des plus importantes. Elle suffirait seule à caractériser la méthode. Pour toute opération sous-cutanée, il importe de former un pli de la peau, en la pinçant et en la soulevant, et de faire la ponction à la base de ce pli. Il en résulte que, lorsque la peau est abandonnée à elle-même, l'ouverture extérieure est toujours éloignée de plusieurs centimètres du siége de l'opération. Une seconde conséquence de cette pratique est que le trajet de la plaie est sinueux et s'oblitère en quelque façon, après la sortie de l'instrument, par suite du tassement des couches celluleuses, qui avaient été tirées et soulevées dans le pli cutané. On remarquera que chacune de ces circonstances : longueur du trajet de la plaie, sinuosité de sa direction et oblitération par le tassement du tissu cellulaire, répond parfaitement à l'exigence du principe de la méthode : maintenir la plaie à l'abri du contact de l'air. Je n'insiste pas sur ce point, dont l'énoncé seul fait comprendre toute l'importance.

2° *Evacuation de la plaie*. — Après une opération par section ou par ponction, il arrive, quelque précaution qu'on prenne, qu'un peu d'air s'est introduit dans la plaie. Il arrive encore qu'une notable quantité de sang veineux s'est épanchée au sein de la plaie ; ou bien enfin, une certaine quantité de liquide pathologique peut s'être épanchée dans le trajet de la ponction. Dans ces trois cas, il faut évacuer l'air, le sang veineux ou le liquide pathologique. Bien que leur présence ne soit pas une cause certaine d'inflammation suppurative, elle peut être au moins une cause de trouble ou de viciation du travail d'organisation immédiate. C'est ainsi que des collections inertes de dégénérescences ou des abcès consécutifs du trajet de la plaie ont quelquefois été la conséquence de l'inobservance de cette règle.

3° *Succion des cavités*. — Cette règle est d'une telle importance que, sans elle, toutes les applications de la seconde catégorie, les ponctions, sont presque inévitablement suivies de récidives. Après l'évacuation de toute collection ou cavité, il est indispensable de faire le vide dans la cavité, c'est à-dire, d'exercer une succion sur ses parois internes au moyen de la seringue et en promenant la canule sur les différents points de la surface sécrétante. Ainsi pour les abcès froids, ainsi pour les collections sanguines, séreuses, ainsi pour toutes les cavités closes, dont les surfaces, longtemps en contact avec un liquide, ne possèdent plus par elles-mêmes les

conditions de cicatrisation adhésive. C'est cette condition qu'on a cherché à produire à l'aide des injections irritantes, et c'est ce que produit à coup sûr la succion exercée sur les surfaces par l'action ventousante de la seringue. La guérison de l'hydrocèle par la ponction sous-cutanée, si simple et si facile, est, au moyen de cette précaution, pratiquée avec le plus grand succès.

4° *Occlusion hermétique des ouvertures.* — Après avoir satisfait aux trois règles qui précèdent, il faut rapprocher avec soin les lèvres de la petite plaie cutanée, et recouvrir cette dernière d'un morceau de diachylon gommé. Cette règle a paru presque puérile à beaucoup de chirurgiens ; mais ils ont payé leur dédain par des accidents forts graves. Ce n'est qu'après plusieurs années de revers qu'ils ont fini par croire à l'importance du précepte. Elle se comprend pour ainsi dire d'elle-même. La piqûre cutanée, laissée à découvert, s'enflamme presque sûrement. L'inflammation extérieure se communique de proche en proche aux parties sous-cutanées jusqu'à la plaie interne : ce qui est arrivé maintes fois à ma connaissance.

Voilà pour ainsi dire le code très-abrégé de la méthode, mais de la méthode considérée dans sa généralité. Car, pour chacune de ses applications, il y a des principes particuliers dont on trouvera l'énoncé à l'occasion de chacune d'elles. Ce serait abuser des moments de l'Académie que d'entrer dans leur détail.

§ IV. *Résultats.* — Depuis environ douze ans que j'ai posé les bases de la méthode sous-cutanée, j'ai pratiqué plus de six mille opérations. On en trouvera les résultats détaillés dans le traité de la méthode ; mais ces résultats, considérés par leur caractère le plus général, méritent d'être signalés ici. C'est que dans *aucun* cas, je dis explicitement *aucun*, il n'est survenu d'inflammation suppurative. Lorsque j'ai fait pour la première fois cette déclaration, j'ai soulevé toutes les incrédulités et subi les plus violentes attaques ; mais l'inquisition à laquelle ma pratique a été soumise, et l'enquête officielle que j'ai provoquée, ont laissé à cette déclaration toute l'autorité d'un fait parfaitement établi. Si je la reproduis ici, c'est moins pour en faire rejaillir le mérite sur l'opérateur que sur la méthode, c'est-à-dire sur les principes et les règles qui en assurent les résultats.

Avant de terminer cet exposé, l'Académie voudra bien me permettre sans doute de lui présenter l'ensemble des instruments et des appareils à l'aide desquels j'ai réalisé les différentes applications de la méthode sous-cutanée. Cet ensemble mérite peut-être de fixer un moment son attention.

Les instruments et appareils propres à la méthode sous-cutanée

offrent des particularités qui tirent leur caractère des principes mêmes et des règles de la méthode. Ici, le but étant tout différent, les principes spéciaux et les règles spéciales, il fallait bien que les appareils et les instruments fussent différents des autres appareils et instruments de la chirurgie. Ce n'est donc pas un vain luxe d'invention qui m'a guidé dans la construction de cet arsenal opératoire. Mes appareils et instruments se divisent, comme les applications de la méthode, en deux classes : ceux pour les *sections*, ceux pour les *ponctions*. La construction des uns et des autres a été inspirée par les principes et les règles rappelés dans cet exposé, et leurs dispositions matérielles calculées pour réaliser le but de la méthode.

(M. J. Guérin met sous les yeux de l'Académie tous les instruments dont se compose l'appareil opératoire de la méthode sous-cutanée.)

— *M. le président :* Quelqu'un demande-t-il la parole sur la communication de M. J. Guérin?

— *M. Seutin :* En remerciant M. J. Guérin, pour ma part, de son intéressante communication, je le prie de vouloir bien nous donner quelques explications sur plusieurs points qu'il a traités trop succinctement, ou sur lesquels je ne suis pas entièrement édifié. Ces points sont au nombre de trois : les ponctions des tumeurs sanguines, la herniotomie sous-cutanée, et les abcès par congestion.

Relativement aux tumeurs sanguines, M. Guérin a parlé de la manière dont elles se forment, des accidents qui surviennent et de l'avantage qu'il y a de les opérer par la méthode sous-cutanée. Il a dit quelques mots de la cavité qui renferme ordinairement les caillots. A cet égard je rappellerai un procédé qui me réussit constamment et que j'ai mis en usage immédiatement après le siége d'Anvers, comme s'en souviendra M. Gouzée, qui s'y trouvait, et dont il est fait mention dans mon traité sur la méthode amovo-inamovible. C'est le massage, la destruction des caillots.

En faisant la compression, on obtient la résolution de la partie la plus liquide du sang. Quelques jours après, les caillots dont M. J. Guérin a parlé se forment en effet ; ils deviennent quelquefois les éléments de tumeurs sans nombre.

Ces caillots étant de nouveau rompus, le massage se faisant aussi de nouveau, la résorption a lieu. Depuis longtemps, toutes les contusions qui se présentent à la clinique de l'hôpital Saint-Pierre sont traitées de cette manière ; nous n'en avons pas ouvert une seule, et toujours nous en avons obtenu la guérison par résolution.

Je me permettrai encore de faire une objection à M. J. Guérin. Il a parlé de la guérison d'abcès par congestion. Les dépôts ne sont là, me semble-t-il, que l'effet d'une cause plus éloignée : ainsi je citerai un abcès par congestion dépendant de la carie d'une vertèbre ou d'une côte, et je demanderai à M. J. Guérin comment il peut en obtenir la guérison en ponctionnant la peau deux ou trois fois, puisque la cause de la maladie existe toujours. Comment un abcès par congestion peut-il être guéri par la ponction, alors que cet abcès est l'effet d'une cause qu'on n'atteint pas ? Je suis désireux de connaître le traitement interne employé par M. J. Guérin. Plusieurs de mes collègues éprouvent le même désir, car j'entends autour de moi se demander quels peuvent être les moyens internes que l'on combine alors avec la méthode sous-cutanée.

— M. *Graux* : Messieurs, j'ai aussi une question à adresser à M. J. Guérin.

Notre savant collègue a parfaitement traité la question relative à l'influence de l'air atmosphérique sur l'ouverture des cavités par la méthode sous-cutanée. Toutes les précautions qu'il a indiquées sont, en effet, de nature à prévenir l'inflammation de la peau ; mais il ne nous a pas dit si les fluides renfermés dans les cavités n'ont pas aussi de l'influence sur les plaies, et cela malgré les précautions qu'il a indiquées.

Ainsi, il nous a parlé de collections de pus dans les cavités des plaies, de collections de sérosité lactescente. Je ne comprends pas comment ces fluides complétement hétérogènes, irritants par leur nature, pourraient n'avoir aucune influence sur les plaies, lorsqu'ils procèdent de dedans en dehors.

Nous avons de nombreux faits qui prouvent que, malgré toutes les précautions prises pour éviter l'altération de la plaie faite dans le but de donner issue à des collections renfermées dans la poitrine, on n'est pas parvenu à réussir complétement, et voici pourquoi : Nous obtenions constamment l'adhésion de la peau, la cicatrisation parfaite, et quelquefois huit jours après, nous voyions se reproduire sous les téguments parfaitement sains une collection de liquide qui provoquait elle-même sa sortie spontanée.

Or, Messieurs, lorsque le pus se trouve renfermé dans la cavité du thorax, il est tout aussi redoutable de dedans en dehors que l'air atmosphérique l'est pour la plaie d'écoulement.

Je demanderai à M. J. Guérin s'il pense que la division sous-cutanée soit de nature à prévenir l'ouverture spontanée qui donne passage aux matières.

Du reste, en traitant des procédés opératoires, M. J. Guérin n'a

rien omis de ce qu'il fallait pour assurer le succès de la cicatrisation de la plaie. Je regrette qu'il ne se soit pas suffisamment étendu sur la nature des fluides.

Si je voulais présenter d'autres observations, j'aurais peut-être quelques objections à faire en ce qui concerne l'effet de la ponction ou du vide sur les surfaces saines ou malades. Je me borne à cette seule observation, qui a pour but principal de suspendre un peu l'entraînement que l'enonciation si claire et si saisissante de notre collègue a produit dans vos esprits. Pour mon compte, je le remercie des lumières qu'il a bien voulu répandre sur une partie si importante de la science.

J'aurais encore à demander à M. J. Guérin des renseignements sur l'opération de la herniotomie sous-cutanée. Comme M. Sentin, je regrette qu'il n'ait pas été assez explicite dans cette partie de son intéressante communication.

— M *Guérin* : Je remercie mes honorables collègues de me donner l'occasion de compléter l'exposé de mes observations sur les différents points qu'ils ont soulevés. Si j'ai été aussi laconique sur ces points, c'est que j'ai craint d'abuser de l'extrême obligeance de l'Académie.

Au sujet des collections sanguines, je crains que mon honorable collègue, M. Sentin, n'ait pas très bien saisi ce que j'ai dit. Je n'ai pas dit que les collections sanguines ne fussent pas susceptibles de se résorber d'elles mêmes ; j'ai dit, au contraire, que les collections récentes, même très-considérables, se résorbent avec la plus grande facilité. J'en ai cité même de très curieux exemples : j'ai ajouté qu'il n'était pas nécessaire, pour ces tumeurs, de recourir au massage ; qu'une simple compression suffit. Mais j'ai fait observer qu'il est des collections sanguines, celles surtout qui sont composées de sang veineux, qui ne peuvent pas se résorber et qui ne se résorbent pas, même après plus de deux mois de stagnation sous la peau. J'ai cité des exemples dans lesquels, après cinq ou six semaines, ces collections sanguines consistant dans des amas d'un liquide sirupeux, de couleur chocolat, rendent indispensable l'intervention de l'art. C'est pour l'évacuation de ces collections que j'ai recours à la méthode sous-cutanée, parce qu'on n'en obtient la résolution par aucun moyen.

Ainsi, pour le premier point, j'admets, avec M. Sentin, que les tumeurs sanguines récentes peuvent se résorber et se résorbent parfaitement ; et je n'ai recours aux ponctions sous-cutanées que dans les cas de collections anciennes, dont le contenu est dégénéré et qui ne se résorbent pas.

Relativement à la herniotomie sous-cutanée, que je considère

comme une des plus importantes applications de la méthode, je n'ai nullement eu la prétention de l'exposer avec des détails suffisants pour la faire apprécier comme elle me paraît devoir l'être. Je n'ai voulu donner qu'une simple indication. Puisque mes honorables collègues veulent bien me demander quelques développements à cet égard, je serai heureux de les satisfaire.

La herniotomie sous-cutanée comprend deux ordres d'applications ; le premier dans le but d'obtenir la cure radicale des hernies réductibles, au moyen de l'oblitération du canal herniaire ; le second pour favoriser la réduction des hernies étranglées au moyen de l'agrandissement du canal et de l'anneau. Voici quelques courtes indications sur l'une et l'autre des deux applications de la méthode.

La herniotomie sous-cutanée, comme moyen de produire l'oblitération du canal herniaire, consiste à diviser dans toute leur *épaisseur* les parois musculaires et aponévrotiques du canal herniaire. On fait la section dans trois ou quatre points différents : on obtient ainsi un épanchement de matière plastique cicatricielle, d'autant de points circonférentiels. Il en résulte un bouchon solide dont la surface adhère à la surface du canal par des racines qui se prolongent entre les lèvres des parois musculaires divisées. J'ajouterai qu'on favorise la section nette et complète de ces dernières à l'aide d'un artifice aussi simple que puissant : au moyen de la contraction physiologique des parois musculaires de l'abdomen. Il suffit pour cela que le sujet fasse effort pour se redresser sans le secours des mains. Pendant cet effort, les parois musculaires et aponévrotiques se tendent et la section s'opère avec une grande facilité. Je possède aujourd'hui un nombre suffisant de faits pour établir la guérison facile, complète et durable des hernies réductibles sans exposer le malade au moindre danger.

Pour ce qui est de la herniotomie appliquée aux hernies étranglées, je dois déclarer tout d'abord que je n'ai fait qu'une fois cette opération, non que j'y aie renoncé ou que je la regarde comme rarement applicable ; mais tout simplement parce que ma pratique un peu spéciale ne m'a pas fourni d'autres occasions d'y avoir recours. La seule application que j'en ai faite a été couronnée d'un plein succès. Elle date de six années. Elle a été faite, en présence de plusieurs chirurgiens, sur un jeune pharmacien de Passy, pour un cas de hernie inguinale, étranglée depuis quarante heures. De nombreux efforts de réduction avaient été tentés infructueusement par plusieurs chirurgiens. Le fait, quant au succès et à l'innocuité de la méthode, est donc parfaitement authentique et concluant. J'ai eu à cette occasion de nombreuses objections à subir ;

j'y ai répondu, je crois, de manière à sauver l'opération et à encourager les praticiens à la répéter.

Les détails que je crois indispensables dans ce but sont les suivants :

La méthode ne me semble applicable qu'aux cas de hernies où il est possible de s'abstenir de faire l'ouverture du sac herniaire et dans lesquels on peut se borner à débrider l'anneau et le canal. Même pour ces cas, on m'a objecté l'extrême difficulté qu'il doit y avoir à introduire un instrument entre le collet et l'anneau. J'aplanis jusqu'à un certain point cette difficulté, en tirant modérément en bas le sac herniaire, de manière à amener une portion d'intestin moins gonflée et à amincir, en l'allongeant par la traction, la portion correspondante au canal. Ces deux effets de la traction du sac permettent à l'instrument, ou à une sonde cannelée, de pénétrer plus aisément entre les parois du canal et le collet péritonéal. Une fois l'instrument introduit, j'ai recours, pour rendre la section musculaire plus facile, à la contraction physiologique, comme pour l'opération de la hernie réductible.

M. Sentin a dit qu'il ne comprenait pas bien comment la méthode sous-cutanée parvient à guérir les abcès par congestion, qui, comme on sait, ne sont généralement que des effets des complications d'une maladie grave des vertèbres. Je regrette que mon honorable collègue n'ait pas eu le temps de prendre connaissance des faits qui sont consignés dans le rapport de la Commission des hôpitaux. Il y aurait vu que la méthode sous-cutanée n'a pas d'autre prétention que de substituer un manuel opératoire exempt de dangers aux méthodes ordinaires reconnues si dangereuses, pour combattre une complication qui est presque toujours mortelle. A ce point de vue, la méthode sous-cutanée est un utile auxiliaire des méthodes qui combattent la maladie. Toute son ambition est d'écarter, de neutraliser une grave complication de cette dernière. En un mot, la méthode sous-cutanée s'est mise aux lieu et place du bistouri et de la potasse. Son intervention a toute l'importance du mal qu'elle prévient et du bien qu'elle produit. Elle empêche les malades de mourir de l'opération et procure aux autres remèdes le temps et les moyens de guérir la maladie.

Ceci m'amène tout naturellement à l'objection de M. Graux. Notre savant collègue a vu maintes fois survenir des abcès dans le trajet parcouru par le trocart, et la plaie extérieure s'ouvrir spontanément à la suite de ces abcès : cette observation est parfaitement exacte. J'ai indiqué d'une manière générale, en posant les règles de la méthode, le fait dont parle M. Graux. J'en ai indiqué le mécanisme et fait connaître le moyen d'y obvier. Le pus, ai-je dit,

est une matière inorganisable et antipathique. Or, si, par un défaut de précautions, vous laissez le pus de l'abcès affluer ou s'épancher dans le tissu cellulaire traversé par le trocart, il s'y dépose comme un ferment qui deviendra plus tard une occasion de collections purulentes secondaires. Ce fait est certain, et il a été cause que beaucoup de chirurgiens ont abandonné ou veulent abandonner la méthode. Mais il y a à cet inconvénient très-réel un remède très-efficace. C'est, d'une part, de faire en sorte que le trajet sous-cutané soit assez long et assez sinueux pour empêcher le pus de refluer entre la canule et les parois du canal, et d'autre part, c'est d'avoir soin, avant de retirer la canule, de l'essuyer en quelque façon sous la peau, afin d'empêcher que la matière purulente, qui peut obstruer le bec, ne s'épanche dans le trajet du canal ; c'est encore, après que la canule est retirée, de vider le canal avec soin et d'empêcher, en plaçant une compresse sur son trajet, qu'un reste de pus de la collection ne reflue dans ce canal. Il faut donc chercher par tous les moyens possibles à éviter cet épanchement de pus, et si cet épanchement a eu lieu, il faut vider le canal avec soin. Ainsi j'ai toujours la précaution de presser du doigt le trajet du canal pour en expulser le reste du pus, et j'ai été amené à cette pratique précisément par le fait que M. Graux a signalé.

Au reste, on trouvera dans l'ouvrage, dont je n'ai pu communiquer qu'un résumé très-succinct à l'Académie, toutes les règles qui sont propres à assurer le succès des différentes applications de la méthode sous-cutanée.

MÉTÉOROLOGIE. — *Observatoire royal de Bruxelles.*

MARS. 1849.	Baromètre réduit à 0°, à 9 h. du matin.	Température centigrade de l'air, à 9 h. du m.	Extrêmes de la température centigrade. Maxim.	Minim.	Quantité d'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ÉTAT DU CIEL OU ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
	mm.	°	°	°			
1	743,35	3,4	9,0	1,0	1,65	OSO.-O.	Variable, vent fort.
2	761,68	6,2	9,2	2,4	3,05	O.	Nuageux.
3	768,79	7,6	9,8	5,7	0,13	OSO.-O.	Beau.
4	772,26	6,3	10,3	3,6	»	SO.-S.	Superbe, pas un nuage.
5	771,35	5,3	11,0	1,6	»	SO.-ONO.	Très-beau.
6	774,57	7,1	12,2	5,6	»	NO.-SO.	Très-beau.
7	761,23	7,6	11,3	5,2	»	OSO.	Sombre, vent fort; pluie le soir.
8	753,38	5,8	10,9	4,4	4,58	ONO.	Variable, giboulées.
9	753,43	0,9	7,8	—0,3	2,29	ONO.-NO	Neigeux, froid.
10	762,79	2,1	4,5	—1,7	3,05	O -NO.	Assez beau.
11	769,13	2,5	6,5	—0,1	0,64	OSO.-O.	Nuageux.
12	762,33	4,4	6,2	2,3	»	OSO.	Brumeux.
13	756,97	7,1	8,7	6,0	2,68	ONO.-N.	Pluvieux ; beau le soir.
14	764,95	3,7	9,9	1,4	0,25	NO.	Nuageux; pluie par intervalle.
15	766,80	4,4	7,4	1,2	0,76	ENE.-OSO.	Couvert.
16	764,11	7,8	8,5	4,9	2,80	NO	Brumeux.
17	765,60	6,6	9,1	6,1	0,64	NO.-NNO.	Sombre.
18	762,05	5,7	8,2	4,9	0,51	NNO.-NE.	Sombre.
19	759,46	5,2	7,7	4,3	»	ESE.	Nuageux le matin, beau le soir
20	761,66	1,8	8,5	—0,9	»	SE.	Superbe, pas un nuage.
21	766,16	2,3	5,0	—1,8	»	ENE.-ESE.	Couvert.
22	762,70	2,7	5,8	—1,7	»	ESE.-E.	Couvert, le soir vaporeux.
23	756,76	2,6	5,8	1,7	»	ENE.-NE.	Sombre.
24	754,19	0,8	3,6	—2,2	»	NE.	Sombre, neigeux, beau le soir.
25	753,90	—1,1	3,0	—2,6	2,68	ENE	Nuageux.
26	753,59	1,3	2,6	0,0	0,25	NNE.-NO.	Sombre.
27	746,73	3,4	5,7	1,8	0,38	NNO.-ESE	Sombre.
28	741,38	4,7	7,3	0,7	»	ESE.-SSE.-SE.	Beau.
29	742,85	6,0	11,5	2,2	»	SE.-SO.	Beau le matin ; variable après-midi.
30	745,60	8,1	12,5	1,5	1,34	S -SSO.	Très-beau.
31	750,17	9,8	15,3	3,2	0,07	SSO.	Très-beau.

REPRODUCTION ET REVUE

DES

JOURNAUX ETRANGERS.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉTIQ., PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

HYGIÈNE. — 1. *Note sur le Mémoire de M. A. Pellieux;* par M. H. GAULTIER DE CLAUBRY.

(Annales d'hygiène publique et de médecine légale, janvier 1849.)

Le sujet qu'a traité M. Pellieux est neuf et digne de beaucoup d'intérêt ; mais il nous semble qu'en attribuant uniquement au gaz carbonique, accumulé en plus ou moins grande proportion dans les fosses, l'altération de leur atmosphère et les effets de celle-ci sur les ouvriers, l'auteur n'a pas envisagé la question sous le point de vue étendu qu'elle comporte. En effet, qu'une atmosphère, dans laquelle on rencontre une proportion d'acide carbonique assez considérable pour faire pâlir la flamme d'une bougie ou en déterminer même l'extinction, puisse donner lieu à des accidents, à l'asphyxie même, c'est un fait qui rentre complétement dans la masse innombrable de ceux que l'on a observés dans tous les cas où l'acide carbonique s'accumule sur un point plus ou moins circonscrit, et alors que des causes naturelles ou des moyens artificiels ne peuvent en déterminer l'expulsion.

Mais de la nature même des substances, qui fournissent le gaz carbonique dans les cimetières, résulte cet autre fait, qu'en faisant même abstraction des gaz carburés ou autres, qui se produisent dans la décomposition putride des corps, il se dégage en mélange avec eux et se divise plus ou moins dans l'atmosphère des produits d'altération, qui doivent jouer un grand rôle dans l'action de l'air sur les ouvriers.

La saveur sucrée et nauséabonde signalée par ceux-ci appartient évidemment à quelques produits de ce genre ; il serait intéressant de diriger des recherches dans le but d'en déterminer la nature.

A la vérité, jusqu'ici la chimie a été impuissante pour reconnaître les produits qui, sous le nom de *miasmes*, exercent évidem-

ment une si grande action sur l'économie animale ; ce n'est pas, cependant, une raison pour ne pas tenter de nouveaux efforts, qui finiront par conduire à des résultats utiles.

Certes, ce n'est pas aux gaz carburés, qui s'en dégagent en plus ou moins grande abondance, que les eaux marécageuses doivent leurs pernicieux effets ; ce n'est pas à quelques minimes fractions d'acide carbonique qu'il faut attribuer la viciation de l'air des salles de malades, des chambrées dans les casernes, etc.

Une commission, dont je faisais partie il y a quelques années, chargée par le ministre de la guerre de déterminer le cube d'air qui devait être affecté à chaque militaire dans les casernes, détermina avec exactitude l'altération de l'air des chambrées avant l'entrée des militaires et pendant tout le temps de leur séjour ; la proportion d'acide carbonique n'avait pas encore varié, que déjà les organes olfactifs étaient affectés d'une manière très-marquée.

Et ne sait-on pas que, dans les habitations les mieux tenues, alors qu'on pénètre le matin dans une chambre à coucher, l'odorat est affecté d'une manière très-sensible, et la proportion d'acide carbonique ne se trouve cependant que très-faiblement augmentée.

Il y a donc autre chose que le gaz carbonique sur quoi l'attention doit être excitée ; et ce serait peut-être dans les conditions spéciales qu'a choisies M. Pellieux pour ses recherches, qu'on pourrait puiser les éléments d'importantes recherches à ce sujet.

M. Pellieux signale dans son Mémoire un fait, qui semblerait tenir uniquement à la nature du terrain des cimetières, sur lesquels portent ses observations : c'est l'état particulier de beaucoup de corps, soit passés au gras, soit en putréfaction après de longues années et dégageant une forte odeur d'acide sulfhydrique. Ce fait, observé d'une manière beaucoup plus remarquable, puisqu'il s'agissait de corps inhumés tous en même temps, provenant d'individus morts tous de la même manière, s'est offert, en 1840, lors du transport des corps des victimes de juillet 1830. Nous l'avons signalé d'une manière particulière dans le rapport sur ces exhumations (*Ann. d'hygiène*, XXIX, 5).

Quant au moyen proposé pour assainir les fosses, il ne nous paraît pas suffisant, parce que la ventilation serait difficilement déterminée et régularisée, et il y a lieu de penser qu'une ventilation forcée pendant un temps convenable pour renouveler l'atmosphère, soit par aspiration, soit par pression, offrirait des résultats beaucoup plus assurés ; ce moyen est cependant de na-

ture à produire une amélioration sensible dans l'état de ces capacités souterraines, et par sa simplicité il mérite d'attirer l'attention de l'administration.

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQ. ET CLINIQ. MÉDICALES.

PATHOLOGIE INTERNE. — 2. *Revue clinique du choléra.*

(Suite : *voir* t. III, mars 1849, p. 20.)

(Gazette médicale de Paris, N° 12; 1849.)

Nous nous sommes attachés, depuis notre dernière *Revue*, à suivre la marche de l'épidémie dans tous les hôpitaux de Paris, dans le but de rechercher :

1° Quelles ont été les formes diverses de la maladie ; s'il y a eu des exemples d'affections incomplètes, anormales, avec ou sans symptômes nouveaux ;

2° Quels ont été les rapports du choléra avec les maladies sur lesquelles il venait se greffer, avec lesquelles il venait se combiner, auxquelles il se substituait;

3° S'il existe des cas de choléra foudroyants, et dans quelles conditions ils s'observent; s'il y a plusieurs sortes de prodromes, et quelles sont les causes de méprise possibles ;

4° Quelles peuvent être les transformations, les suites de la maladie;

5° S'il y a des cas sans réaction, et quelles sont les conditions de leur existence ;

6° Enfin, nous avons réuni, dans un dernier paragraphe, les différentes méthodes et procédés thérapeutiques, avec l'indication sommaire des résultats obtenus jusqu'à ce jour.

Nous allons rapporter les différentes observations relatives à chacune de ces sections.

PREMIÈRE SECTION. — *Formes indécises, incomplètes, anormales; symptômes nouveaux.*

Choléra asiatique ; diarrhée depuis six semaines; douleurs épigastriques ; vomissement bilieux, hoquet ; cyanose, crampes ; suppression des évacuations. (Hôpital du Val-de-Grâce. — Service de M. Lévy.)

Obs. I. — Le nommé Gotillard (Jean-Marie), âgé de 27 ans, du 2e régiment de ligne, présent au corps depuis cinq ans, actuellement caserné à la Préfecture de police, arrivé d'Orléans

au mois de janvier, entre à l'hôpital le 17 mars à neuf heures du soir, et est couché salle 25, n° 16, service de M. Lévy.

Cet homme, à Paris depuis six semaines, a de la diarrhée depuis cette époque ; on ne lui a rien fait pour cette diarrhée. Voici les détails qu'il donne sur ses antécédents.

Le jeudi 15, il fut pris de céphalalgie, brisement général des membres ; douleurs vives dans la zone supérieure de l'abdomen, et surtout à l'épigastre ; soif vive ; quelques vomissements de matières porracées ; selles plus fréquentes ; pas de refroidissement.

Le vendredi 16, plus de vomissements ; il va à l'exercice malgré son indisposition.

Le samedi 17, les vomissements reparaissent avec une nouvelle fréquence, matières porracées et blanchâtres. Selles très-nombreuses, vingt-cinq ou trente ; la voix est devenue faible et rauque ; crampes dans les mollets, les mains, les muscles abdominaux. Pas d'urine depuis deux jours. On l'apporte à l'hôpital à neuf heures du soir. Face cyanosée, taches bleuâtres sur le front et les membres ; température au-dessous de la normale. Langue humide, plate, soif vive ; aphonie. Pouls imperceptible aux radiales ; on le sent à peine aux carotides, 84 pulsations.

Prescription : Frictions, sinapismes, bain d'air chaud, potion avec :

Eau de mélisse.	30	grammes.
Acétate d'ammoniaque . .	15	—
Alcool.	15	—
Laudanum	15	gouttes.
Éther sulfurique	6	grammes.
Sirop simple.	30	—

Le 18, à la visite du matin, pas de cyanose, teinte rosée de la peau, qui est douce au toucher, excepté à la face où elle est sèche. Température à peu près normale. Quelques taches isolées verdâtres sur les mains et les avant-bras. Yeux caves, fatigués, cernés ; pouls à 92, faible, dépressible. Langue humide, avec un léger enduit blanchâtre, soif ardente, douleurs à l'épigastre et dans l'hypochondre gauche. Pas de selles depuis l'entrée. Pas d'urines depuis hier matin. Quelques crampes dans la nuit, moins fortes qu'hier ; insomnie et agitation pendant la nuit. Vomissements très-fréquents de matières porracées, verdâtres ; hoquet pendant la nuit, persistant ce matin. Sentiment d'oppression, respiration saccadée, suspirieuse. (Tilleul édulcoré, 2 pots ; même potion qu'hier soir ; cataplasmes laudanisés sur le ventre : glace en morceaux.)

Le 18 au soir, pouls à 80, marbrures aux mains, vomisse-

ments des boissons, ni selles ni urines, quelques crampes légères. Un peu d'anxiété. Le hoquet continue. (Même prescription.)

Dans la nuit du 18 au 19, cinq à six vomissements, sommeil interrompu, pas de selles. Les urines ont reparu avec un peu de sédiment.

Le 19, un peu de cyanose encore, plaques marbrées, cessation du hoquet; pouls à 78, petit. Ventre souple à la pression. Limonade gazeuse; potion avec :

Eau de menthe. . . .	60	grammes.
Sirop simple.	60	—
Éther sulfurique. . . .	1	—
Laudanum.	6	gouttes.

Dans ce premier cas, on remarque la durée des prodromes qui ont été de six semaines, contrastant avec la suppression des selles pendant la seconde période, et comme symptôme particulier, le hoquet.

Choléra asiatique; quatre jours de diarrhée prodromique; vomissements bilieux; cyanose; réaction franche et prompte; délire et agitation simulant presque une méningite cérébro-spinale; mort; autopsie. (Hôpital de Val de-Grâce. — Service de M. Lévy.)

Obs. II. — Le nommé Tissier, 22 ans, du 21e régiment de ligne, présent au corps depuis neuf mois, d'une bonne santé habituelle, pas de maladies avant celle-ci, est apporté à l'hôpital le 16 mars, à neuf heures du matin, du fort de Rosny, et est couché au n° 17 de la salle 25, service de M. Lévy.

Il y a sept jours qu'il fut pris d'un léger mal de gorge, sans fièvre; depuis quatre jours il a une diarrhée abondante, une selle tous les quarts d'heure, dit-il, avec ténesme. Il rendait en petite quantité une matière jaune liquide, non sanguinolente; depuis quatre jours, il se couchait tout habillé pour pouvoir se rendre plus promptement aux lieux d'aisance. La diarrhée n'est accompagnée ni de coliques ni de douleurs de ventre. Avant hier, vomissements qui ont continué le 15 toutes les fois qu'il buvait. Les matières vomies, amères au début, jaunes et vertes; urines normales jusqu'à présent; céphalalgie; pas d'épistaxis; délire et agitation pendant la dernière nuit passée à la caserne.

Le 16 mars, au moment de l'admission, voici l'état dans lequel on trouve le malade :

Yeux caves, chassie sur les conjonctives (le malade avait depuis quelques jours un peu de conjonctivite); teinte bleue générale des lèvres et de la face; larges taches violacées vineuses sur

les mains et les avant-bras; coloration violette de la peau des pieds et des jambes ; un quart d'heure à peu près après l'entrée, la réaction commence à s'opérer et la peau se colore en rose vif.

Anxiété, angoisse, inspirations profondes, comme saccadées. Le malade conserve toute son intelligence, mais il a encore une légère tendance au délire, se manifestant par quelques efforts pour sortir du lit. Pouls radial imperceptible, même après le retour de la chaleur ; on compte 120 battements aux carotides ; langue sèche, pupilles de l'extrémité antérieure rouges, sèches, développées ; piliers du voile du palais d'un rouge vif ; mal de gorge; soif vive; pas de vomissements; ventre indolent; une selle contenant des matières bilieuses verdâtres, avec quelques crotins durs; pas de grumeaux blancs ; suppression des urines dans la journée d'hier ; crampes dans les membres, plus fortes pendant la nuit que ce matin. (Potion gommeuse laudanisée, avec éther sulfurique ; tilleul édulcoré ; friction avec liniment volatil ; bain d'air chaud).

Le soir, à quatre heures, délire loquace, agitation ; le malade veut sortir de son lit; pas de retour des urines; chaleur ardente de la peau; pas de pouls. (Compresses froides sur la tête ; supprimer la potion.)

La mort survient à neuf heures du soir.

Autopsie, 40 heures après la mort.

Aspect cholérique du cadavre au plus haut degré; tout le corps est violet foncé ; les yeux caves.

Foie, rate et reins normaux ; la rate est même plus petite qu'à l'état normal, ne contenant pas de sang ; poumons un peu congestionnés.

Teinte rosée générale de l'intestin, plus foncée dans les deux derniers mètres qu'à la partie supérieure, où elle est disposée par plaques alternant avec des taches jaunâtres, bilieuses ; arborisations très-fines de la muqueuse de l'iléon ; pas de ramollissement ni d'ulcérations de la muqueuse ; développement de 15 ou 16 plaques de Peyer; psorenterie abondante; cerveau et moelle rachidienne de consistance ferme; à la face antérieure de la moelle, dans les 10 centimètres inférieurs, injection des vaisseaux, semblable à une injection très-bien réussie avec le carmin le plus vif.

Sang noir dans les veines; artères complétement vides de sang.

Ce fait a présenté ceci de remarquable, que la cyanose a duré fort peu de temps, et que la réaction commençait à s'établir pendant le premier examen du malade, un quart d'heure après son

entrée, avant même que l'on eût mis en usage la médication stimulante. Cette réaction a continué pendant les quelques heures du séjour du malade dans les salles et a été accompagnée d'un délire, d'une agitation tels, qu'une des personnes qui le virent dans la journée crut un moment à une erreur de diagnostic et à l'existence d'une méningite cérébro-spinale. Ces phénomènes n'étaient cependant que le résultat de la réaction violente qui s'était manifestée, ainsi que le prouva l'autopsie.

Nous avons pu, par un hasard assez singulier, faire en quelque sorte une autopsie comparative de ces deux affections, un malade ayant succombé le même jour à une méningite cérébro-spinale dans le même service. Tandis que, chez ce dernier malade, on trouva du pus infiltré dans les mailles de l'arachnoïde cérébrale et rachidienne, du pus en gouttelettes dans les ventricules latéraux, il fut impossible d'en découvrir la moindre trace chez le cholérique. L'erreur dont nous venons de parler ne peut s'expliquer que par ce fait que la personne qui l'avait commise n'avait pas vu le malade à l'entrée, et ignorait l'existence des phénomènes qui s'étaient succédé depuis l'entrée du sujet à l'hôpital. La vue seule du malade au moment de son admission eût suffi pour dissiper tous les doutes, s'ils eussent été possibles.

Bien que précédée de prodromes, la maladie, dans ce second cas, avait été elle-même précédée aussi de mal de gorge; nous n'avons pas besoin d'insister plus longuement sur la circonstance curieuse de l'erreur du médecin distingué qui crut un moment à une méningite cérébro-spinale.

Choléra-morbus asiatique; diarrhée pendant quinze jours; selles et vomissements bilieux; bandelette nacrée des gencives; convalescence. (Hôpital du Val-de-Grâce.)

Obs. III. — Au n° 36 de la salle 25 (service de M. Lévy), est couché le nommé Arnoux, du 41e ligne, caserné à Loursine, âgé de 27 ans, entré le 18 mars.

Ce soldat, d'une bonne constitution, a fait trois ans de séjour en Afrique, d'où il est revenu depuis dix-huit mois. Depuis cette époque, deux récidives de dyssenterie. Il est habituellement sujet à la diarrhée ; il y a quinze jours qu'il est entré à l'infirmerie, obligé de suspendre son service à cause d'un redoublement de diarrhée. Dans la nuit du 16 au 17 mars, coliques, selles toutes les cinq minutes. Deux heures après l'apparition des premières coliques, crampes dans les membres inférieurs, roideur des mains et des doigts ; le malade vomit toute la tisane qu'il

prend ; état algide des membres ; cependant il parvint à se réchauffer dans son lit.

Le 17, il a, dans la journée, six selles, et deux vomissements.

On l'apporte au Val-de-Grâce le 18 au soir.

Au moment de l'entrée, céphalalgie, mains violacées, yeux profondément excavés, cernés de bleu; soif vive; légère cyanose de tout le corps et en particulier de la face. Température à peu près normale. Endolorissement des mollets; langue rose, humide, recouverte d'un enduit blanchâtre; bandelette nacrée sur les gencives. Six selles jaunâtres depuis le matin, avec quelques débris de matières filamenteuses; diminution, mais non suppression complète des urines, qui contiennent un sédiment muqueux. Ventre souple; prostration, faiblesse, crampes; pouls à 104.

Friction sur les membres, bain d'air chaud ; potion avec éther, acétate d'ammoniaque et laudanum.

Le 19, trois selles pendant la nuit, liquides, jaunâtres, homogènes ; encore un peu de cyanose, surtout de la face. Les yeux sont toujours excavés, cernés de bleu. Persistance de la bandelette nacrée sur les gencives ; bouffées de chaleur. Un peu de moiteur de la peau. Température axillaire à 36 C. Le pouls, dépressible, donne 86. Disparition des crampes. Douleurs à l'épigastre, augmentant par la pression. Ventre souple.

(Quart de lavement amylacé; deux pots de gomme; eau de riz citrique; diète.)

(21 mars. Pouls à 70, faible, dépressible ; le ventre n'est pas sensible ; pas de selles depuis hier. Un litre trois quarts d'urine jaune clair, un peu louche. Convalescence. (Soupe, bouillon; limonade, 2 pots; vin sucré 125 grammes).

Nous signalons dans ce fait quinze jours de prodromes bilieux, mais surtout la bandelette nacrée des gencives, que nous avons remarquée du reste dans plusieurs autres cas, et qui est commune, d'après l'observation des médecins militaires, à un assez grand nombre d'affections aiguës graves. La symptomatologie de 1832 n'avait pas tenu compte de ce fait.

Les cas qui vont suivre nous ont paru intéressants, sous le point de vue des formes particulières de la période prodromique.

Choléra asiatique ; quinze jours de prodromes ; diarrhée seulement pendant dix jours ; diarrhée et crampes les cinq jours suivants ; vomissements et autres symptômes cholériques le seizième jour ; vingt-quatre heures de maladie ; mort. (Hôtel-Dieu. — Service de M. Chomel.)

Obs. IV. — Joséphine Muller, âgée de 26 ans, d'une constitu-

tion très-forte, profession de blanchisseuse, demeurant rue Molay (7e arrondissement), est entrée à l'Hôtel-Dieu le 17 mars, salle Saint-Bernard, n. 9. Cette femme était malade depuis quinze jours, elle avait une diarrhée abondante, ses selles très-fréquentes étaient blanches; depuis cinq jours, il s'y était joint des crampes; elle s'était alitée chez elle, le 14, et avait reçu quelques soins. Le 16, il survint des vomissements, et les selles augmentèrent d'intensité. A son entrée à l'hôpital, dans la nuit du 16 au 17, elle était froide, sa face était violette, ses yeux enfoncés et bleuâtres au pourtour; les crampes avaient cessé, elle ne vomissait plus, mais elle était incessamment tourmentée par des nausées et des hauts le cœur extrêmement pénibles. Le pouls était très faible mais sensible. Anxiété, cris plaintifs. Le matin à la visite, même état : anxiété extrême, suffocation imminente, cyanose générale, peau froide et recouverte d'une sueur visqueuse, voix éteinte, pouls nul; pas d'urine depuis son entrée; quelques vomissements bilieux; selles blanches accompagnées de coliques violentes. On prescrit un bain de vapeurs, thé, frictions alternativement avec de la glace pilée et la teinture alcoolique, vésicatoire sur l'épigastre. Quelques instants après, la malade tombe dans une prostration complète et succombe à deux heures de l'après-midi.

Chez cette malade, les prodromes ont duré quinze jours, et les matières des selles ont été constamment blanches, sans autres caractères pendant dix jours.

Il sera utile de remarquer si, comme nous le croyons, la couleur blanche des matières rendues pendant le cours de la cholérine n'annonce pas une intensité plus grande de la maladie. Ce premier cas est, en effet, de nature à le faire croire, quoique le sujet fût en apparence de bonne constitution et n'eût pas été affaibli par de précédentes maladies.

Nous rapprocherons des cas qui précèdent l'indication sommaire d'un autre à peu près analogue qui nous a été communiqué par M. Lalourcey, et dans lequel la diarrhée prodromique a été exclusivement blanche pendant dix jours (le nommé Laffitte, rue Quincampoix, 66, âgé de 36 ans, cordonnier, fort et robuste, mais dans de mauvaises conditions hygiéniques). Nous regrettons de n'avoir pu compléter l'observation, le malade ayant été transporté dans un hôpital non désigné.

Cholérine intense avec quelques symptômes de choléra léger ou de moyenne intensité; caractère particulier des selles de couleur brune; crampes d'une moitié du corps; aphonie persistante. — (Hôtel-Dieu, service de M. Chomel.)

Obs. V. — Au n° 26 de la même salle (Saint-Bernard) est une femme de 46 ans qui, bien qu'en apparence dans de meilleures conditions que la précédente, ne laisse pas encore que d'inspirer quelques craintes sur son état. Elle n'est ni froide ni cyanosée; à la voir on ne la croirait pas atteinte du choléra; mais lorsqu'elle parle, on est de suite frappé du caractère particulier de sa voix éteinte et félée. Cette femme affirme n'avoir été soumise à aucune influence morbide appréciable; elle est journalière, mais faisant habituellement un bon régime et d'une forte constitution. Le 14 mars, à dix heures du matin, elle a été prise subitement, dit elle, de vomissements continuels, de diarrhée incessante et de crampes excessivement douloureuses, offrant cette circonstance particulière qu'elles ne se faisaient sentir que dans la moitié droite du corps, dans la jambe et le bras droits. Elle s'est de suite mise au lit. A dater de ce moment, ses selles ont été tellement fréquentes, qu'elle était obligée de quitter son lit à chaque instant. Ses déjections étaient d'une couleur brune; les matières des vomissements étaient claires et transparentes comme de l'eau. Elle avait une soif inextinguible et des douleurs très-vives dans le ventre. L'aphonie n'est survenue que dans le second jour.

A son entrée, elle avait le visage pâle, la peau froide, le pouls mou et faible, à 84; la langue froide et collante. Depuis le moment de son entrée, elle n'a plus eu de selles ni de vomissements, les crampes ont également cessé, elle a uriné. De tous les symptômes qu'elle a éprouvés dès le début, il ne reste que l'aphonie, la soif et des nausées. On remarque aussi encore cette disposition particulière de la peau à conserver le pli qu'on lui a imprimé. La persistance de ce signe et de l'aphonie commande encore une grande réserve à l'égard du pronostic favorable qu'on serait disposé à porter d'après l'ensemble de l'état de cette malade.

Nous avons appris depuis que l'état de cette femme était allé s'améliorant, et qu'elle était entrée dans une convalescence franche.

Une particularité très-remarquable à signaler dans ce cas, c'est la délimitation des symptômes à une moitié du corps; ajoutons que les selles de la première période étaient de cou-

leur brune contrastant d'une manière bien notable avec celles du cas précédent.

Nous terminerons cette catégorie par deux cas où la cholérine, très nettement caractérisée, a existé sans la moindre apparence de coliques, et de manière à faire croire que les sujets n'étaient nullement malades.

Choléra asiatique ; six jours de diarrhée, sans coliques. (Fait communiqué par M. le docteur CULLERIER.)

OBS. VI. — M. C..., ouvrier de l'imprimerie nationale, demeurant rue des Écouffes, âgé de 40 ans, fort et vigoureux, était atteint depuis six jours d'un dévoement auquel il n'avait rien fait, parce qu'il avait lieu sans coliques (10 à 12 selles dans les vingt-quatre heures.)

Samedi 17 mars, il fut obligé de quitter son travail, son malaise augmentant, et rentré chez lui, il fut pris de vomissements bilieux d'abord, et ensuite blanchâtre ; selles abondantes, jaunâtres d'abord, puis semblables à l'eau de riz ; refroidissement des extrémités ; sueur froide sur tout le corps. Les yeux sont excavés profondément, cernés de bleu ; langue froide ; crampes dans les membres inférieurs.

Le 19, la réaction a commencé à s'opérer ; la chaleur est revenue en partie ; mais la langue est restée glaciale jusqu'au matin 20 mars. Le pouls reste encore des plus misérables, à peine perceptible. Tout fait craindre à M. Cullerier une terminaison funeste.

Aujourd'hui 22 mars, nous recevons de M. Cullerier une note complémentaire de ce fait.

Le traitement employé a consisté en boissons chaudes, sinapismes, frictions, stimulants diffusibles, etc. Malgré la réaction qui avait commencé à s'opérer, comme nous l'avions dit, le 19, la respiration est restée toujours gênée, et le malade est mort le quatrième jour.

Ce fait ne paraît pas différer notablement des cas les plus ordinaires, si ce n'est par l'absence très-nettement établie de coliques. Cette circonstance se remarque dans un grand nombre de cas, et ne mérite peut-être d'être signalée que dans le but de rechercher quels rapports elle peut avoir avec la violence de la réaction ou son absence. L'absence de réaction ne serait-elle pas elle-même un indice d'un défaut d'énergie radicale suffisante pour lutter contre les causes morbides. C'est ce que l'observation ultérieure nous apprendra.

Dans le cas suivant, le choléra a été d'abord méconnu ; il nous

a été obligeamment communiqué dans ses détails par M. Berlié, interne du service de M. Baillarger.

Choléra asiatique chez une aliénée sujette à la diarrhée, affectée de calculs biliaires; maladie méconnue; mort; autopsie. (Hospice de la Salpêtrière. — Service de M. Baillarger.)

Obs. VII. — Une aliénée, âgée de 64 ans, nommée Pajot, fut prise, dans la journée du 10, de vomissements et de douleurs abdominales qui n'éveillèrent pas beaucoup l'attention. Cette malade, qui était atteinte de diarrhée depuis plusieurs jours, était en effet entrée un grand nombre de fois à l'infirmerie pour des accidents semblables provoqués par des calculs biliaires, et elle ne présentait en ce moment rien de plus que les symptômes si souvent observés chez elle : l'idée de choléra ne se présenta à l'idée de personne. Le soir, l'interne de service fut frappé de la décomposition des traits, de la tendance au refroidissement, de la teinte bleuâtre des mains et des lèvres; mais il n'y avait ni diarrhée plus abondante qu'à l'ordinaire, ni crampes. Il ne s'arrêta pas à l'idée qui lui vint que ce pouvait être un cas de choléra, et prescrivit néanmoins de réchauffer la malade par tous les moyens usités. Le lendemain, à six heures du matin, elle succombait sans agonie. Tout ce que l'on put savoir des gens de service, c'est que la diarrhée était survenue très abondante pendant la nuit, que les vomissements avaient continué. Aucune déjection n'avait été gardée. Le cadavre était cyanosé, les yeux rentrés et flétris.

M. Baillarger, en apprenant la rapidité de cette mort, succédant à des accidents souvent observés chez cette malade et qui n'avaient jamais eu de gravité, pensa que c'était un cas de choléra qui était venu compliquer la colique hépathique.

A l'autopsie, faite vingt-quatre heures après la mort, le cadavre présentait une teinte bleuâtre générale, surtout marquée aux ongles, et accompagnée de vergetures plus foncées. La masse intestinale à l'extérieur offrait une teinte rosée très-remarquable. La muqueuse intestinale était injectée, ecchymosée même en certains endroits, et présentait un certain nombre de plaques de Peyer très-rouges. Les tuniques paraissaient épaissies. Le gros intestin était revenu sur lui-même. Dans toute son étendue, le tube digestif contenait une matière d'un blanc-grisâtre, d'une odeur fade et nullement stercorale, de la consistance d'une crème liquide. L'estomac était distendu par un liquide légèrement trouble. Les poumons étaient sains, un peu congestionnés en arrière. Les gros vaisseaux et le cœur

contenaient du sang noirâtre, poisseux, sans caillots, défibriné, ressemblant à de la gelée de groseille. La vessie, très revenue sur elle-même, ne contenait pas une goutte d'urine. La substance cérébrale était piquetée.

A l'issue de cette autopsie, le directeur fut informé de ce premier cas, signalant dans l'hospice l'invasion de l'épidémie.

La méprise très-explicable dont ce fait a été l'occasion tient à ce que c'était seulement le deuxième cas de l'épidémie observée dans Paris, et aussi à cette circonstance que la malade était sujette à la diarrhée habituelle. N'est-ce pas une raison de recommander d'avoir même égard à cet ordre de symptômes en temps d'épidémie cholérique, comme s'il n'était pas habituel chez les malades qui le présentent ?

DEUXIÈME SECTION. — *Choléra enté sur d'autres maladies.*

Les maladies sur lesquelles le choléra a paru se greffer ou auxquelles il a paru se substituer ont été quelques affections de poitrine, des suites de couches, un rhumatisme et plusieurs affections chroniques, notamment celles qui amènent une grande déperdition des forces, et des symptômes ayant quelques rapports avec ceux du choléra, tels que des évacuations fréquentes ; voici une série d'observations relatives à la plupart de ces cironstances.

Choléra asiatique ; couches et affection typhoïde antécédentes ; diarrhée sanguinolente et vomissements précédant de six jours l'invasion du choléra ; mort ; lésions cadavériques caractéristiques de la fièvre typhoïde.

Obs. VIII. — Une femme de 32 ans, portière, est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard, n° 5, le 17 mars. Cette femme est accouchée, le 26 février dernier, à huit mois. Elle avait repris presque immédiatement ses occupations habituelles ; mais elle fut bientôt obligée de quitter son travail. Le 9 mars, elle fut prise de frissons, d'inappétence, de douleurs assez vives dans l'abdomen, de vomissements et de diarrhée sanglante. Ces symptômes allèrent s'aggravant pendant plusieurs jours. Le 15 mars, ses selles devinrent blanches ; le 16, elle fut prise de crampes et de mouvements convulsifs. A son entrée à l'Hôtel-Dieu le 17, à midi, on la trouva froide et cyanosée, les yeux excavés, le pouls à 112 et très-faible. On employa immédiatement tous les moyens de calorification, sinapismes, boules chaudes aux pieds, ouate, infusions théiformes, etc. A trois heures, la chaleur parut un instant rappelée à la périphérie ; mais la malade ne tarda

pas à retomber dans un état d'algidité complète suivie d'asphyxie et elle succomba à sept heures du soir.

A l'autopsie, on trouva les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde, telles qu'on les observe ordinairement du neuvième au douzième jour de la maladie : ulcérations des plaques de Peyer et de la muqueuse elle même dont quelques lambeaux gangrenés étaient en voie d'élimination, etc.

Le cas qui précède est un des plus remarquables : d'abord la diarrhée prodromique sanguinolente, ensuite les altérations cadavériques caractéristiques de la fièvre typhoïde. Ce mélange de caractères ne montre-t-il pas les effets de l'influence combinée des causes ?

Choléra asiatique presque foudroyant chez une femme entrée à l'hôpital pour suites de couches et atteinte de dévoiement depuis trois jours au moins ; invasion d'une diarrhée d'une extrême violence ; mort en quelques heures. (Hôpital de la Charité. — Service de M. Cruveilhier.)

Obs. IX. — Marie Lucet, 32 ans, habitant la rue de la Tonnellerie, 21 (quatrième arrondissement), est entrée, le 15 mars, à la Charité, salle Saint-Joseph, n° 1, pour suites de couches ; elle avait du dévoiement depuis le jour de son entrée, lorsque le 18, jour où cinq ou six autres malades de la Charité furent simultanément et presque à la même heure frappés du choléra, elle fut prise, dans l'après-midi, de malaise, de mal de tête, de tintement dans les oreilles ; elle avait mangé à quatre heures, à cinq heures, elle eut un premier vomissement, suivi d'un second deux heures après. Elle fut prise en même temps de crampes violentes et d'une diarrhée si fréquente, que de quatre heures jusqu'au soir elle avait eu quinze selles. Ces selles étaient caractéristiques, ressemblant à de l'eau de riz. Presque dès le moment de l'invasion, elle devint froide et bleue par tout le corps.

Le 19 au matin, cyanose générale la plus prononcée, yeux caves, nez glacé, langue et haleine tièdes, voix éteinte et félée, pouls nul, battements du cœur sourds et profonds ; on ne les entend que dans les intervalles des inspirations.

Malgré l'état entièrement désespéré de cette malade, on prescrit : sinapismes, thé brûlant et glace alternativement. La malade meurt quelques heures après la visite.

Cas ayant beaucoup de rapports avec celui qui précède. Ici la mort a été excessivement rapide.

Légère métro-péritonite puerpérale; accidents divers; constipation opiniâtre; invasion du choléra par des vomissements et des crampes; selles ne survenant que plus tard; mort. (Hôpital de la Charité. — Service de M. Briquet.)

Obs. X. — Femme de 27 ans, domestique.

Cette femme, habituellement en bonne santé, est accouchée le 8 février spontanément, à huit mois de grossesse. Sortie de l'hôpital au bout de six jours, elle marcha beaucoup. A partir de ce moment, elle a été prise de douleurs dans les reins et dans le ventre. Les lochies, qui coulaient abondamment, se supprimèrent complétement. Alitée depuis huit jours, la malade prenait des lavements pour combattre la constipation. Depuis une quinzaine de jours, elle avait cessé de manger. Point de traitement. Entrée à l'hôpital le 12 mars avec des signes de métrite simple à un degré modéré, peu de fièvre, point de vomissements, point de douleurs à la région épigastrique, un peu de sensibilité, constipation, un peu de fréquence du pouls.

Le 13 mars. Même état. (25 sangsues à l'anus.)

Le 14. Soulagement notable; diminution de la douleur abdominale; peu de fièvre; constipation. Une bouteille d'eau de Sedlitz et un lavement émollient pour le soir; cataplasme sur le ventre.)

Dans la journée, selles abondantes qui ne s'arrêtent que vers le soir. Point de selles durant la nuit.

Le 15 au matin. Facies normal; langue grise; appétit; abdomen peu douloureux à la pression; constipation. Point de fièvre. La malade se plaint d'un peu d'endolorissement général du côté droit du corps. Ces douleurs existaient depuis une quinzaine de jours. La malade ne s'en était pas plainte jusque-là. (Tisane de gomme arabique; julep gommé avec acétate de morphine, 1 centigramme; deux soupes.)

Après le premier potage, quelques coliques qui ont duré une demi-heure et qui se sont dissipées. Constipation. A quatre heures, après son deuxième potage, elle se trouvait bien; après quelques instants, malaise à la région épigastrique, nausées, vomissements, refroidissement, crampes. Ces accidents ont duré toute la nuit. Au commencement de la nuit, pensant à des accidents de péritonite, on prescrit des frictions mercurielles.

Le 16 au matin. Prostration extrême; yeux enfoncés dans l'orbite; teinte violacée de la face; langue avec enduit blanchâtre, et une bande centrale rouge, un peu froide; soif très-vive; nausées; vomissements très-abondants de matières analo-

gues à une décoction très-claire de riz; voix très-affaiblie et caractéristique; sentiment de constriction aux tempes et le long du côté de la face. Céphalalgie lancinante temporale et intelligence nette. A peine de la douleur à l'épigastre. Abdomen de forme normale, point tendu, douloureux à la pression dans sa moitié inférieure; coliques très-fréquentes; selles nombreuses et très-abondantes de matières complétement liquides, incolores et un peu blanchâtres, d'odeur spermatique. Douleurs et crampes continuelles dans les membres, surtout dans ceux du côté droit; 116 pulsations; peau de chaleur modérée; extrémité des doigts froides et un peu violacées. (Frictions avec onguent mercuriel; 3 pilules opiacées; infusion de menthe, 3 pilules; julep gommé avec acétate de morphine, 0,06; 4 demi-lavements avec amidon, et chacun 6 grammes de laudanum; eau de Seltz.)

Morte le 17 ou le 18; nous ignorons le moment précis de sa mort.

Outre les analogies de ce cas avec les deux qui précèdent, il faut noter à part la tendance à la constipation, malgré l'emploi des purgatifs, ce qui n'a pas empêché la terminaison fatale, comme dans les deux premiers.

Les cas de cette catégorie offrent ceci de remarquable, que, dans tous, la mort est survenue plus ou moins promptement. Outre l'affaiblissement préalable déterminé par la maladie puerpérale, ne peut-on pas admettre que l'intoxication propre à cette maladie a elle-même ajouté à la violence de l'intoxication cholérique?

Le fait que voici forme en quelque sorte la transition à une autre catégorie.

Métro-péritonite et fièvre typhoïde antécédentes; invasion de symptômes cholériformes d'une assez grande intensité pendant la convalescence de cette dernière affection; réaction. (Hôpital de la Charité. — Service de M. Cruveilhier.)

Obs. XI. — Une femme de 22 à 23 ans, couchée dans la salle Saint-Jean, n° 14 (service de M. Cruveilhier), était convalescente d'une fièvre typhoïde pour laquelle elle avait été admise dans les premiers jours du mois de mars; cette fièvre avait elle-même succédé à une métro-péritonite puerpérale remontant à un mois ou six semaines environ. Le 19, elle fut prise tout à coup de vomissements répétés, de diarrhée et crampes, avec cyanose et refroidissement général.

Au moment où nous l'avons vue, le 21 à dix heures, la réaction avait eu lieu, la peau était chaude, halitueuse, la face pâle

mais plus cyanosée, les yeux encore un peu cernés, la voix très-faible, le pouls sensible mais faible et un peu fréquent ; la malade était encore tourmentée par des envies presque incessantes de vomir ; elle vomit tout ce qu'elle boit, même de l'eau froide ; elle n'a plus de crampes ni de diarrhée.

Nous regrettons de n'avoir pu nous procurer de renseignements précis sur la période prodromique ; toutefois les deux maladies qui ont précédé l'invasion du choléra déclaré pourraient suffire à tenir lieu d'autres prodromes.

Les observations qui suivent continuent la série des cas de choléra substitué à d'autres maladies ou compliqué de celles-ci.

Choléra asiatique chez une femme entrée à l'hôpital pour une métro-ovarite ; abcès ouvert dans l'intestin. (Hôpital de la Pitié. — Service de M. Gendrin.)

Obs. XII. — Une femme d'une quarantaine d'années, couchée au n° 14 de la salle Notre Dame, était depuis quelque temps dans le service pour une métro-ovarite et un abcès du ligament large. Cette femme fut prise de diarrhée, le 16 mars, dans la soirée ; vomissements et selles liquides très-fréquentes ; crampes ; étourdissements.

Le 17 au matin, on la trouve dans la période de refroidissement, de cyanose, crampes, persistance de la diarrhée, yeux caves. La mort survient à quatre heures de l'après-midi.

A l'autopsie, on reconnut que l'abcès s'était ouvert dans l'intestin.

Dans ce cas, le mélange de symptômes a été tel, qu'il n'a guère été possible de distinguer d'une manière précise à laquelle des deux maladies ont appartenu la diarrhée et quelques autres phénomènes.

Choléra asiatique ; broncho-pneumonie ; invasion subite des symptômes cholériques ; choléra d'intensité moyenne ; réaction franche ; convalescence ; retour de la pneumonie ; quelques phénomènes typhoïdes douteux. (Hôpital du Val-de-Grâce. — Service de M. Lévy.)

Obs. XIII. — Le nommé Caude, âgé de 29 ans, huit ans de service, actuellement au 74e de ligne, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce le 14 mars, et est couché à la salle 12.

Il nous dit avoir passé sept années de son service à la Guadeloupe, où il a eu successivement plusieurs maladies graves, la fièvre jaune, des fièvres intermittentes, etc. Il est de retour en France depuis un an. D'une bonne constitution, d'une bonne

santé habituelle, il n'a pas eu la moindre indisposition pendant l'année qui vient de s'écouler.

Le 11 mars, étant de garde au Val-de Grâce, il est pris de rhume et d'extinction de voix ; toux antérieure datant de quelques jours.

Le 14 au matin, il est pris de crampes douloureuses aux bras et aux jambes ; rigidité des doigts, qui ne peuvent plus être fermés volontairement ; ni vomissements ni diarrhée ; céphalalgie ; vue trouble. Apporté à deux heures à la salle 12, comme atteint de broncho-pneumonie droite.

Du 14 au 15, vomissements bilieux. Il ne peut garder sa tisane ; selles de cinq en cinq minutes ; yeux caves. Le 15, il est transporté à la salle 25, n° 5 ; algidité ; cyanose ; vomissements ; diarrhée ; crampes très-douloureuses ; yeux enfoncés ; pouls radial insensible. (Frictions ; sinapismes ; bains d'air chaud ; potion avec l'eau de menthe, l'éther, le laudanum et l'acétate d'ammoniaque.)

Sous l'influence de cette médication, les vomissements cessent, ainsi que la diarrhée, le même jour, vers huit heures du soir. Les urines sont supprimées depuis avant-hier.

A la visite du 16, le pouls est à 80, dépressible ; céphalalgie depuis sept heures du matin ; crampes rares et légères ; retour de la chaleur, moins élevée cependant qu'à l'état normal. (Même prescription ; diète.)

Le 17, le pouls est tombé à 64-68, plus fort. Facies presque naturel ; plus de cyanose ; chaleur de la peau ; un peu de mieux ; deux heures et demie de sommeil pendant la nuit ; un peu d'agitation depuis hier soir ; pas de vomissements ni de selles ; les crampes ont entièrement disparu. Les urines ont reparu hier dans la journée. Ce matin, le vase de nuit en contient près de 2 litres. Langue un peu violacée, chaude ; bandelette nacrée très-évidente sur les gencives. (Limonade gazeuze ; bouillon.)

Le 18, état très-satisfaisant ; miction abondante, 3 litres un quart ; urines limpides ; pouls à 72 ; facies naturel ; langue humide ; disparition presque complète de la bandelette nacrée des gencives ; ventre souple ; une selle liquide, comme sirupeuse. (Bouillon, deux tasses ; potion gommeuse ; glace.)

Convalescence.

Le 19. Pas de vomissements cette nuit ; urines abondantes, 2 litres ; pouls à 72, faible ; peau dure, halitueuse ; chaleur naturelle ; langue humide rosée ; encore un peu de météorisme du ventre ; soif vive. (Glace en fragments ; limonade citrique 3 pots ; bouillon.)

Le 20, pouls à 60 ; joues un peu plaquées ; crachats citron-

nés, fluents, adhérents ; râle crépitant dans la région axillaire ; souffle lointain au bord spinal de l'omoplate ; crépitation au-dessous.

Le soir, crachats visqueux rouillés.

Le 21, pouls à 48-52, petit, faible ; chaleur peu prononcée ; plus de cyanose ; grande prostration ; crachats visqueux, rouillés ; râle crépitant ; matité en arrière, à droite ; un peu de souffle.

Ce fait est extrêmement curieux ; outre la combinaison des symptômes appartenant à la broncho-pneumonie et au choléra, on le voit en dernier lieu s'emparer en quelque façon de tout l'appareil symptomatique pendant un certain temps ; puis, après avoir épuisé son action, laisser reparaître les symptômes de la maladie qui l'avait précédé. C'est en quelque façon la représentation, dans un cas particulier, de l'effet général de l'épidémie sur toutes les maladies,

Cette circonstance particulière de la combinaison des deux ordres de symptômes, ne serait-elle pas de nature à attester que la cause épidémique n'est pas encore assez intense pour absorber à son profit toutes les autres causes morbides, et ne serait-elle pas aussi de nature à laisser espérer que l'épidémie ne serait pas encore réalisée complétement ? C'est là, du reste, l'opinion du savant professeur , à la clinique duquel ce fait a été observé.

Choléra de moyenne intensité chez un sujet affecté de douleurs rhumatoïdes générales ; début par des selles sans coliques, précédant de vingt-quatre heures l'invasion des autres symptômes. (Hôpital de la Charité. — Service de M. Andral.)

Obs. XIV. — Pierre Lefèvre, âgé de 59 ans, chaudronnier, entré à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Louis, n° 4, le 19 décembre 1848, pour des douleurs rhumatismales dans tous les membres, a été pris samedi dernier 17 mars, à dix heures du matin, de diarrhée bilieuse, verdâtre ; il a eu au moins vingt selles dans la journée, sans coliques.

Le lendemain matin, dimanche, il a encore une douzaine de selles ; il se sent très-faible, mais pas autrement malade. A trois heures de l'après-midi, il éprouve des tournoiements de tête, des éblouissements, le cœur lui manque, sa voix s'altère et s'affaiblit. A quatre heures, il a des vomissements. Il vomit environ dix fois dans la nuit.

Le 19, lundi, il est pris de crampes, d'abord dans les mains, puis dans les jambes et de refroidissement aux extrémités, qui prennent une teinte violacée ; le pouls est très-faible. Vomisse-

ments ou nausées presque continus. Douleur précordiale ; angoisse.

On prescrit à ce malade l'application du galvanisme. Dès la première application faite avec l'appareil de M. Duchenne, les crampes cessent, le pouls se relève un peu. On maintient la chaleur par de l'ouate et des boules d'eau chaude. Le reste de la journée se passe assez bien.

Le 20 au matin, le malade accuse de très-violentes douleurs dans les reins. Il a eu encore quelques vomissements dans la matinée, la diarrhée a cessé, ainsi que les crampes. (Nouvelle application de galvanisme, suivie de la disparition des douleurs de reins.)

Le soir, il y a encore quelques douleurs dans les reins, mais beaucoup moins violentes que celles du matin ; le pouls est développé, la chaleur du corps est presque normale ; anxiété moindre. (Potion opiacée, 15 à 20 gouttes de laudanum ; potion avec eau de menthe et sirop d'éther ; sinapismes ; boules chaudes, etc.)

Le 21, le pouls est encore faible, le malade est un peu agité, l'intelligence paraît obtuse ; les réponses sont lentes et peu nettes ; la température de la peau est d'ailleurs normale ; pas de vomissements. On supprime l'opium, on prescrit quelques excitants, café noir et une nouvelle application de galvanisme. A la suite de cette application, le pouls est un peu plus développé ; l'intelligence semble sortir de son état de torpeur ; l'état général paraît un peu amélioré. Une troisième application sera faite dans la soirée.

Choléra asiatique survenu chez un sujet affecté d'une maladie chronique de la hanche et en proie à des symptômes de résorption purulente et à de la diarrhée ; mort en quelques heures. (Charité. —Service de M. Gerdy.)

Obs. XV. — Jean-Baptiste Trezel, âgé de 23 ans, était à l'hôpital de la Charité, service de M. Gerdy, depuis le 24 février, pour une affection chronique de la tête du fémur avec fistules. Il avait présenté depuis quelques jours quelques symptômes de résorption purulente. Il avait la diarrhée depuis cinq à six jours. Le 18 mars, entre une heure et deux heures de l'après midi, il a été pris tout à coup d'un grand malaise, suivi de vomissements, de crampes et de selles abondantes et presque continues.

Le 19 mars, à neuf heures et demie, nous avons trouvé ce malade dans l'état algide et cyanique le plus prononcé, ne respirant plus qu'à peine, la face entièrement décomposée, plus de

pouls du tout, les yeux enfoncés et ternes. Il a succombé quelques heures après.

Choléra asiatique des plus intenses survenu chez un sujet atteint d'une affection chronique (probablement cancéreuse) du pylore, et sujet à de fréquents vomissements. (Hôpital de la Charité. — Service de M. Cruveilhier.)

Obs. XVI. — Marteau (Nicolas), 52 ans, journalier, entré à l'hôpital le 3 mars, pour une affection chronique du pylore datant de plusieurs mois, a été pris, le 20 au matin, de vomissements réitérés, de selles abondantes caractéristiques, de crampes, bientôt suivis de refroidissement général, de cyanose et d'un malaise extrême.

Le 21, à dix heures du matin, nous avons trouvé cet homme dans un état d'anxiété et d'abattement extrême, la face entièrement décomposée, les yeux excavés et entourés d'un cercle noir, l'œil terne, la voix entièrement éteinte, la peau froide aux extrémités, la face et les mains entièrement cyanosés, sans pouls. Les crampes ont cessé aux mollets ; il accuse maintenant des douleurs très-vives à la région lombaire. Cet homme vomissait fréquemment depuis trois mois et avait eu aussi de temps en temps un peu de diarrhée. Ce sont les seuls renseignements que nous ayons pu obtenir, cet homme ayant la voix extrêmement faible et ne répondant qu'avec une extrême difficulté aux questions qu'on lui adresse, tant est grande sa protration.

Les trois cas qui précèdent, quoique différant par la maladie qui a existé avant le choléra, n'en offrent pas moins beaucoup d'intérêt, relativement à l'étude de l'influence des affections auxquelles cette maladie succède.

Une des questions qu'il sera utile d'examiner et que l'observation seule est apte à décider, est celle de savoir si les maladies préexistantes ne pourraient pas, dans certains cas, tenir lieu de prédispositions, même de période prodromique. Tels seraient en effet le cas relatif à l'affection du pylore, et à plus forte raison celui où a existé une résorption ou infection purulente.

Nous avons encore observé un fait de choléra grave, suivi de mort, chez une femme, admise à l'hôpital Beaujon, service de M. Legroux, pour une affection cutanée, lupus de la face ; cette malade, sur laquelle nous n'avons pu avoir de renseignements, a succombé après dix-huit heures de maladie, avant que la réaction ne se fût déclarée.

Nous terminons la deuxième section par les deux cas qui sui-

vent, dont l'un relatif à un malade épuisé par une fièvre intermittente et l'autre une phthisie pulmonaire.

Choléra survenu chez un phthisique diarrhéique; caractère promptement asphyxique de la maladie; mort. (Hôtel-Dieu. — Service de M. Martin-Solon.)

Obs. XVII. — Un jeune homme est entré dans le service de M. Martin-Solon (Hôtel-Dieu) pour une phthisie datant de plusieurs mois. Il présentait, entre autres symptômes généraux de phthisie, de la toux, avec oppression et diarrhée. Au bout de deux jours de séjour à l'hôpital, cet homme a été pris de vomissements, d'augmentation de la diarrhée qui a pris le caractère des selles cholériques; de crampes, de froid général et de cyanose. Ce malade a succombé dans la nuit qui a suivi l'invasion. Il est mort, ou plutôt il s'est éteint sans douleur, sans agitation, par une véritable asphyxie, et sans que les autres symptômes cholériques eussent atteint un degré d'intensité qui pût faire prévoir une mort aussi prochaine.

A l'autopsie, on a trouvé une caverne cicatrisée et des tubercules à l'état de crudité.

On ne peut méconnaître que, dans les cas de cette nature, la gravité du choléra n'emprunte des éléments à l'épuisement préalable des malades, et peut-être même quelques-uns des caractères de la maladie, caractères qui ont persisté à dominer sur la physionomie du choléra lui-même. Ainsi, on remarquera que le malade a succombé à une simple asphyxie.

Choléra asiatique chez un sujet atteint de fièvre intermittente; diarrhée non avouée d'abord, durant depuis quatre jours; mort avant la réaction.

Obs. XVIII. — Dans le service de M. Bouvier, à l'hôpital Beaujon, est entré un homme de 40 ans environ, admis dans les salles pour se faire traiter d'une fièvre quotidienne. Cet homme venait de la Sologne, épuisé par des privations et par des accès de fièvre répétés. Il avait de la diarrhée depuis quatre jours, et ne l'a avoué que tardivement pour ne pas être mis à la diète.

Pris le 18 mars, à dix heures du soir, il a succombé, le 19, à quatre heures de l'après-midi, dans la première période, avant la réaction. Il a présenté pendant ce court espace de temps tous les phénomènes cholériques au plus haut degré : cyanose, refroidissement, crampes, pouls imperceptible, etc. A l'autopsie, développement des follicules et des plaques de l'intestin.

En dehors de la circonstance principale qui nous a fait rap-

porter cette observation, nous ferons ressortir l'existence de la diarrhée que le sujet n'avait pas voulu avouer dans la crainte, a-t-il dit, qu'on ne lui donnât pas à manger. Outre que ces paroles font présumer que le sujet avait conservé de l'appétit, ce cas ne montre-t-il pas combien il faut être réservé à l'endroit des prétendus choléras foudroyants, d'après la déclaration des malades?

Ces réflexions nous amènent tout naturellement à la troisième catégorie.

TROISIÈME SECTION. — *Cas, dits de choléra foudroyant, avec symptômes méconnus.*

Choléra asiatique; diarrhée prodromique, méconnue d'abord, datant de quatre jours. (Hôpital de la Pitié. Service de M. PIÉDAGNEL.)

OBS. XIX. — Au n° 29 de la salle Saint-Michel, est couché le nommé Richard, 30 ans, rue du Paon-St-Victor, 6, entré le 19 mars dans la soirée.

Cet homme, d'une forte et robuste constitution, d'une bonne santé habituelle, habite un endroit malsain, mal aéré, où ne paraît jamais le soleil. Il se nourrit assez mal. Interrogé sur ses antécédents, il nous affirme qu'il était dans un état de santé parfaite lorsqu'il tomba malade, au point qu'une des personnes présentes nous faisait remarquer que l'on avait ici un exemple de choléra *foudroyant*, sans prodromes. Des questions plus précises le font convenir qu'il avait depuis quelques jours *le corps un peu dérangé;* ce dérangement de corps n'était autre chose qu'une diarrhée datant de quatre jours; sept ou huit selles par jour. Dimanche 18 mars, il sortit comme à son ordinaire. Mais dans la journée, en rentrant chez lui, il fut pris tout à coup de vomissements, de selles abondantes, très-liquides, de crampes; pas de douleurs de ventre; étourdissements. Il se mit au lit; les accidents augmentèrent pendant le mois, et hier il a été transporté à l'hôpital.

Au moment de l'admission, cyanose presque générale, surtout de la face; les yeux profondément excavés; selles très-nombreuses; crampes dans les membres inférieurs; refroidissement, principalement des pieds et des mains; pouls à peine perceptible; vomissements.

(Bain d'air chaud; thé chaud contenant un quart d'eau-de-vie.)

Le 20, à la visite du matin, il se trouve mieux; cependant il a encore des envies de vomir, des selles fréquentes. Il rend des matières liquides d'un blanc à peine jaunâtre, louches, sans grumeaux; céphalalgie interne. Persistance des crampes, si douloureuses que c'est à peine si le malade ose remuer dans son lit

de crainte de les renouveler ; persistance également de la cyanose ; les yeux toujours caves ; langue un peu sèche ; soif vive. La chaleur en partie revenue. Pouls 96-100, faible encore ; intelligence bien conservée.

Continuer le thé chaud, sans eau de-vie ; diète.

Ce cas porte avec lui tout son enseignement. Nous n'en ferons ressortir que cette circonstance très-vulgaire en apparence, c'est que, dans l'interrogatoire des malades, il faut se servir avec soin de leur langage habituel ; ainsi, si l'on avait demandé au sujet de cette observation s'il avait le corps dérangé, au lieu de lui demander s'il avait de la diarrhée, ou d'autres symptômes de maladie, peut-être n'aurait-il pas induit en erreur la personne qui l'interrogeait. Cela est d'autant plus probable que, pour beaucoup de malades, ces simples dérangements de corps ne sont pas considérés comme constituant une maladie.

L'exemple suivant en fournira la preuve.

Choléra ; quinze jours de prodromes ; invasion à la suite d'une indigestion ; réaction ; état encore grave. (Hôpital militaire du Gros-Caillou ; service de M. Durand.)

Obs. XX. — James (Louis), du 26e de ligne, caserné aux baraques de l'Esplanade des Invalides, est entré à l'hôpital du Gros-Caillou (salle des cholériques, service de M. Durand) le 19 mars. Cet homme avait la diarrhée depuis quinze jours ; il allait trois à quatre fois par jour avec de légères coliques ; il éprouvait en outre un certain sentiment de faiblesse dans les jambes, ce qui ne l'empêchait pas d'ailleurs de faire son service. Le dimanche 18, à la suite d'un repas à la barrière où il a mangé du lard et bu un litre de vin, il a été pris, à quatre heures du soir, d'étourdissements, de vomissements, de crampes et de dévoiement. Les vomissements se sont reproduits plusieurs fois dans la nuit. Les premiers étaient composés d'aliments incomplétement digérés ; les suivants étaient bilieux. Quant aux selles, elles étaient blanchâtres dès le début.

Le 19 au matin, au moment de son entrée à l'hôpital, à huit heures, il avait les extrémités froides et cyanosées, absence de pouls, froid général, à l'exception du ventre, soif très-vive, crampes, diarrhée séreuse blanche. (Infusion d'oranger avec sous acétate d'ammoniaque, 4 grammes ; potion avec eau de menthe, 100 grammes ; acétate d'ammoniaque, 4 grammes ; laudanum et sirop d'éther, 4 grammes.)

Le 19 au soir, même état que le matin. La réaction commence

dans l'après-midi ; le pouls est sensible, mais filiforme (Même prescription.)

Le 20, réaction modérée ; pouls normal ; vomissements pendant la nuit ; selles peu fréquentes et très-fétides. Le soir, pouls un peu fort ; état soporeux commençant ; réponses lentes ; abattement ; injection prononcée des conjonctives. (25 sangsues aux tempes ; huile de ricin, 75 grammes.)

Quelques selles blanchâtres à la suite ; pas de vomissements.

Le 21, peau chaude ; facies assez bon ; persistance de la conjonctivite. (Potion avec orge miellé ; manne, 60 grammes ; sulfate de magnésie, 2 grammes.)

Le soir, le malade est assez bien. Face rouge, conjonctives toujours injectées. L'assoupissement est un peu diminué. (2 lavements purgatifs avec le sulfate de soude et le séné.)

Le 22 au matin. Selles transparentes, légèrement bilieuses ; assoupissement diminué. (3 lavements purgatifs *ut supra* dans la journée.)

Il est évident que si, dans ce cas, le dérangement du corps avait été plus intense, le sujet ne serait pas exposé le lendemain à l'indigestion, qui a brusqué le développement de la période grave, et qu'il aurait réclamé plus tôt les secours de l'art. On ne saurait donc, nous le répétons, trop insister auprès du public pour lui faire comprendre que ces symptômes de dérangement de corps constituent la première manifestation de l'influence épidémique.

Cependant, malgré la presque constance de la période d'incubation du choléra, nous ne voulons pas méconnaître la possibilité, non-seulement de prodromes autres que la diarrhée, qui, dans tous les cas précédents, n'a jamais manqué, mais la possibilité et même la réalité de quelques cas de choléra véritablement foudroyant.

Tels sont les deux qui suivent, et sur lesquels nous avons recueilli les renseignements les plus précis.

Choléra asiatique ; invasion brusque, sans prodromes ; cas presque foudroyant. (Hôpital de la Charité. — Service de M. Cruvelhier.)

Obs. XXI. — Corat (Alphonse), 48 ans, journalier, demeurant petite rue du Bac, homme fort, trapu et paraissant avoir une bonne constitution, entre le 19 mars au matin dans la salle Saint-Ferdinand, n° 10, à la Charité, offrant tous les symptômes caractéristiques du choléra le plus intense : teinte cyanique de tout le corps, froid général, presque glacé des membres, tandis que

le malade accuse un sentiment de chaleur intérieure excessive et cherche toujours à se découvrir ; voix entièrement éteinte, yeux caves, entourés d'un cercle noir, cornée terne et ayant perdu sa transparence, absence complète du pouls, crampes extrêmement violentes, sentiment d'oppression, angoisse extrême. Cet homme, qui paraissait jouir encore de toute la plénitude de son intelligence, nous a affirmé qu'il était parfaitement bien portant la veille et les jours précédents, qu'il n'avait eu ni diarrhée, ni aucun autre symptôme, ni le moindre malaise, et qu'il avait été pris subitement le matin même sans cause appréciable, et sans qu'il eût fait aucun écart de régime, et qu'il se fût exposé à aucune influence capable d'altérer sa santé, qu'il avait été pris, disons-nous, tout à coup et simultanément de vomissements, de diarrhée et de crampes. Cet homme est mort quelques heures après son entrée à l'hôpital, sans qu'on ait pu provoquer la moindre apparence de réaction.

Dans ce cas, la mort a été presque subite, quoique le sujet fût très-vigoureux. Ne peut-on pas admettre que, dans les cas de cette nature, l'intoxication cholérique a été tellement considérable, qu'elle n'a laissé à l'économie ni le temps de mûrir en quelque sorte la maladie, ni la force de réagir en aucune façon contre elle ?

Ces réflexions nous conduiraient à expliquer de la même manière les cas qui pourraient se manifester sans prodromes, chez des individus préalablement atteints de maladies qui les auraient dépourvus de toute espèce de force de réaction, et par conséquent auraient ajouté, par cette absence de résistance, à la force de la cause sidérante. Tel serait le cas suivant.

Choléra sans prodromes apparents. — Affection catarrhale avec diarrhée trois semaines auparavant. (Hôpital militaire du Gros-Caillou. — Service de M. Durand.

Obs. XXII. — Gougelet (Denis), 52e de ligne, caserné à l'École militaire, entre à l'hôpital (Gros-Caillou) le 19 mars à 11 heures du matin. Invasion des symptômes cholériques le même jour à 2 heures du matin. La veille, il avait eu la diarrhée, des vomissements et des crampes. En interrogeant le malade, nous apprenons qu'il avait déjà été reçu à l'hôpital, il y a trois semaines, et qu'il y avait séjourné huit jours pour une affection catarrhale, qui consistait, dit-il, en un rhume avec fièvre et diarrhée. Au moment de son entrée à l'hôpital, le chirurgien de garde constate : face crispée, yeux excavés, froid aux extrémités qui sont violacées, crampes violentes et extrêmement douloureuses.

Potion avec acétate d'ammoniaque et sirop d'éther ; moyens calorifiques, sinapismes, boules chaudes aux pieds, etc. ; à 9 heures du soir, les crampes sont diminuées, le pouls est petit, la peau chaude et couverte d'une sueur générale abondante, mêmes prescriptions.

Le 20 au matin, céphalalgie, yeux enfoncés, vomissements bilieux, selles blanches, fréquentes, crampes, cyanose, froid aux extrémités, pouls filiforme.

Limonade tartrique, potion avec ipécacuanha et opium.

Le soir : vomissements fréquents verdâtres, froid aux extrémitées, abattement profond et diarrhée fréquente carastéristique.

Deux litres d'eau de Sedlitz.

Le 21 : Amélioration, réaction modérée. Deux litres d'eau de Sedlitz.

Néanmoins, il ne faut pas confondre l'absence de diarrhée avec l'absence de tout prodrome ; car, ainsi que cela est établi depuis longtemps, la forme de la cholérine ou de la période d'incubation n'est pas exclusivement diarrhéique ; les symptômes nerveux, tels que les vertiges, l'affaiblissement, la faiblesse des membres, peuvent suppléer au symptôme le plus fréquent.

QUATRIÈME SECTION. — *Cas de choléra, suivis d'état typhoïde.*

Quoique l'on ait annoncé que ce mode de terminaison ne soit pas rare, nous n'avons jusqu'ici observé que deux ou trois cas qui puissent entrer dans notre catégorie, et encore n'offrent-ils pas des symptômes assez caractérisés pour que l'on puisse leur reconnaître l'expression véritable de la fièvre typhoïde. On conçoit cependant que l'épidémie est encore trop récente pour avoir donné lieu aux différents modes de terminaison autres que la mort ou la convalescence. Nous renvoyons provisoirement à quelques-unes des observations citées plus haut et dans lesquelles on peut déjà distinguer quelques-unes des apparences de cette transformation.

CINQUIÈME SECTION. — *Résumé thérapeutique.*

Jusqu'ici les médications employées contre le choléra n'ont guère été que la reproduction de celles qui avaient été essayées en 1832. Une seule différence très-notable paraît devoir être signalée : c'est la grande sobriété de presque tous les médecins dans l'emploi des antiphlogistiques. On se rappelle au contraire que lors de l'épidémie de 1832, soit sous l'influence du chef de la doctrine physiologique, soit sous la préoccupation des symptômes de congestion intestinale, la méthode antiphlogistique comptait de nombreux partisans. Mais l'expérience bien établie

des funestes résultats de cette méthode employée d'une manière exclusive a été trop patente, pour qu'il vienne à l'idée de personne d'y recourir. On se rappelle, en effet, que, dans la classification des résultats obtenus en 1832 par toutes les méthodes, le chiffre des guérisons du Val-de-Grâce, hôpital qui avait le privilége des constitutions les plus robustes et des malades le plus rapidement soignés, ce chiffre, disons-nous, n'est venu qu'en dernière ligne, et au voisinage de ceux qui représentaient les résultats de l'hospice des Incurables et de l'hôtel des Invalides.

La méthode la plus générale, et qui paraît définitivement prévaloir, est celle qui combine l'emploi des excitants diffusibles avec les narcotiques, et surtout l'usage de toutes les pratiques ayant pour but de réchauffer les malades.

On ne saurait dire d'une manière bien certaine jusqu'aujourd'hui, que ces moyens aient eû une grande influence sur la marche de la maladie; mais il est à présumer au moins qu'ils n'ont pas nui.

Tous les praticiens sont d'accord sur ce point, que l'indication la plus importante, la plus urgente, c'est de chercher à produire tout d'abord la réaction cutanée. Quoi qu'il en soit, voici un résumé des principales formules employées par les médecins, dans le service desquels nous avons recueilli les observations qui précèdent.

Val-de-Grâce. — Dans la période cyanique, M. Lévy a constamment prescrit les frictions, soit avec le vinaigre chaud, soit avec une brosse de laine imbibée de liniment volatil camphré; des bains d'air chaud, au moyen de l'appareil Duval; des sinapismes aux extrémités; des cruchons d'eau chaude autour du corps.

Pour boisson : la glace en petits fragments dans la bouche; des potions avec l'eau de menthe ou de mélisse, 60 gr.; l'acétate d'ammoniaque, de 4 à 15 grammes; l'alcool, 10 à 15 grammes, ou l'éther sulfurique, de 4 à 6 gr.; le laudanum de Sydenham, de 10 gouttes à 1 gramme, au maximum; sirop simple, quantité suffisante.

Dans la période de réaction, les moyens employés ont varié suivant les manifestations symptomatiques. En général, on s'est borné à la limonade citrique, à l'eau de riz acidulée, eau de Seltz; quelques cuillerées de bouillon.

Ces prescriptions sont celles que nous avons vu employer dans les cas observés par nous dans la pratique de la ville.

Hôpital de la Charité. — M. Morel-Lavallée, qui a eu à traiter plusieurs cholériques, a mis en usage les boissons chaudes, le café à l'eau, le vin sucré.

M. Cruveilhier emploie le thé et la glace alternativement, les sinapismes et frictions avec glace pilée.

Dans le service de M. Andral, on a fait usage du galvanisme, sans préjudice des excitants habituels (boissons aromatiques et opiacées.)

Hôtel-Dieu. — M. Chomel emploie les bains d'air chaud et sec, les infusions aromatiques chaudes, les vésicatoires sur l'épigastre lorsque les vomissements sont accompagnés de douleurs vives et de constriction, frictions avec la glace pilée. M. Rostan a recours aux bains chauds, aux infusions chaudes, potions avec ammoniaque ou eau de chaux; opium, lavements laudanisés, frictions ammoniacales.

Hôpital de la Pitié. — M. Piedagnel donne pour boisson, simultanément avec les autres moyens de calorification indiqués plus haut, le thé chaud contenant un quart d'eau-de-vie. M. Piorry administre en outre l'eau albumineuse, tant en boissons qu'en lavements, la magnésie; glace sur le ventre.

Le traitement jusqu'à présent employé par M. Gendrin a consisté dans l'emploi des moyens suivants: frictions tous les quarts d'heure pendant une demi heure chaque fois, avec une brosse de flanelle imprégnée de parties égales de baume de Fioraventi et d'eau vulnéraire spiritueuse. Potion composée de :

Eau de cannelle orgée.	100	grammes.
Acétate d'ammoniaque.	15	—
Laudanum.	2	—
Sirop d'écorces d'oranges.	30	—

Trois fois dans la journée, une petite saignée de 15 à 20 grammes pendant la période cyanique.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

3. *Morve aiguë, méconnue pendant la vie*; par M. le docteur MENGUS, médecin à Dettwiller.

(Gazette médicale de Strasbourg, N° 3, mars 1849.)

Le 6 avril 1848, je fus appelé de grand matin auprès de M. Lotz, de Leittenheim, conjointement avec M. le docteur Maugin, de Saverne, qui ne put se rendre à la consultation. Le malade, d'âge moyen et de bonne constitution, est indisposé depuis plusieurs jours. Il a pris l'avant-veille un éméto cathartique qui a produit d'abondantes évacuations et procuré un peu de soulagement. Néanmoins, le mal a persisté et je le trouve dans l'état suivant : face très-colorée, prostration considérable; il répond lentement à mes questions, il ressent de l'embarras dans la tête plutôt qu'une véritable céphalalgie, il a des rêvasseries conti-

nuelles ; à l'examen du thorax, je trouve un peu d'obscurité du son à la percussion, en arrière et à la base des deux poumons ; l'auscultation révèle un peu de râle sous-crépitant, à droite ; il existe un peu de toux et les crachats, muqueux, sont légèrement striés de sang. Je remarque sur le sternum une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, qui me parut être, de prime abord, un abcès scrofuleux. Le bas-ventre est un peu météorisé, mais il n'existe point de gargouillement dans la fosse iliaque droite. Les urines sont rares et foncées en couleur, la peau est chaude, le pouls, assez résistant, donne de 110 à 115 pulsations par minute. A tous ces caractères je crois reconnaître une pneumonie au début, avec symptômes typhoïdes ; le pronostic me paraît fâcheux. Je pratique moi-même une large *saignée* et prescris une potion avec *oxide blanc d'antimoine*, *tis. pector.*, *diète* ; *bain de pieds sinapisé*, le soir.

Je revois le malade le lendemain matin, sa femme me dit qu'il a passé une mauvaise nuit, qu'il a eu beaucoup de délire et que dans les intervalles de lucidité il s'est vivement plaint des tumeurs qui existent sur la poitrine. Hier il n'y en avait qu'une et aujourd'hui j'en trouve plusieurs qui, dit-on, augmentent à vue d'œil et occasionnent beaucoup de douleur et d'oppression ; examinant de nouveau le thorax, je trouve encore un peu de matité à la base des poumons, mais point de râle. Le sang de la saignée est couvert d'une couenne phlogistique très-épaisse. Soif intense, langue rouge sur les bords et chargée au milieu, constipation, pouls à 110, peau chaude. Je prescris *quinze sangsues* autour des tumeurs sternales, suivies de *cataplasmes émollients*, potion avec *huile de ricin*, *émollients*, *diète*. C'est alors qu'on me raconte que le malade a fait une chute de cheval il y a quinze jours, accident auquel on voudrait rapporter les tumeurs du sternum ; explication qui ne satisfait mon esprit ni sur l'origine ni sur la nature de ces tumeurs.

Le 8, au matin, mêmes symptômes généraux. Les tumeurs ont sensiblement augmenté de volume ; la prostration paraît plus profonde. Je crois reconnaître une fièvre typhoïde des plus graves.

Le soir du même jour je revois le malade, avec le docteur Maugin, de Saverne ; ce confrère partage mon avis quant au diagnostic ; il fait remarquer, cependant, que les lésions supposées n'expliquent pas suffisamment les symptômes, et qu'il y a là quelque chose de particulier. On applique de nouveau *quinze sangsues*, *calomel* à dose laxative, la potion à l'huile de ricin n'ayant pas produit d'évacuations. *Émollients.*

Le 9, une nouvelle tumeur s'est développée à quelque distance au-dessous des précédentes. Quelques phlyctènes apparaissent aussi disséminées sur tout le corps. Comme la petite vérole règne dans le village, ma première idée fut de voir dans ces phlyctènes une éruption de varicelle venant compliquer l'affection typhoïde. Les tumeurs sternales me paraissent ramollies, et si j'eusse été seul à traiter le malade j'aurais incisé les deux plus saillantes. Voyant que la maladie va toujours en s'aggravant, en dépit des moyens rationnels mis en usage, je propose une consultation avec un médecin de Strasbourg et nous choisissons le professeur F. ; mais le beau-père du malade fait venir M. le docteur Steinbrenner, de Wasselonne, avec lequel nous consultons, M. Maugin et moi, le 10, à trois heures du soir. Ayant vu le malade avant notre arrivée, ce médecin avait diagnostiqué une fièvre typhoïde compliquée d'érysipèle phlegmoneux ; il fut d'accord avec nous sur les moyens employés et sur ceux à mettre en usage, seulement il proposa de donner le calomel dans un looch, au lieu de le prescrire en poudre. Nonobstant, la maladie fit des progrès tellement rapides, que le lendemain le malade perdit connaissance, puis fut pris de convulsions vers le soir, et rendit l'âme le 12 avril, à deux heures du matin. Les tumeurs avaient pris un volume considérable pendant les vingt-quatre heures qui avaient précédé la mort, et je suis persuadé que leur ouverture eût produit beaucoup de pus. Nous eûmes le regret de voir la famille nous refuser de nous laisser pratiquer l'autopsie.

En voyant la marche de cette insidieuse et terrible maladie, nous nous demandions souvent, le docteur Maugin et moi, de quelle manière le pauvre Lotz avait terminé ses jours. Nous ne pouvions nous expliquer cette succession si rapide de symptômes alarmants et cette mort inattendue que par une intoxication, et nous nous disions qu'il devait y avoir eu empoisonnement quelconque ; mais lequel ? Tel était le grand problème dont le hasard m'a procuré la solution, voici comment :

Deux mois environ après la mort de Lotz, je rencontrai un de ses domestiques qui me dit d'un ton plaintif : « Il n'y a pas *de maison* plus malheureuse au monde que la nôtre ; à peine le maître est-il mort que la maîtresse tombe malade, et l'on doute même, à l'heure qu'il est, de son rétablissement. De plus, tous nos chevaux sont menacés de périr par la morve ; la semaine passée on a été obligé d'en abattre deux des plus beaux. »

Je lui demandai si les deux chevaux en question étaient déjà malades avant la mort de son maître. Il me répondit qu'un mois avant de tomber malade son maître était parti avec les mêmes

chevaux pour aller consulter un vétérinaire, et que lui-même les soignait, tout seul, à la maison.

Après ces renseignements tout nouveaux pour moi, je ne fus plus en peine pour m'expliquer la mort du malheureux Lotz, ainsi que la longue et déplorable maladie de sa pauvre veuve, qui a fini par succomber à la même maladie que son mari, avec cette différence que chez elle la morve suivit une marche chronique. N'ayant pas eu le bonheur de guérir le mari, ce n'est pas moi qui ai eu l'honneur de traiter la femme. Je vois aussi maintenant pourquoi tous trois nous nous sommes trompés sur le diagnostic; car ignorant et ne soupçonnant pas la cause, il n'était guère possible de reconnaître la nature de l'affection. Du reste, ce qui nous console, c'est que, eussions-nous même reconnu la nature de la maladie, nous n'eussions probablement pas mis d'autres moyens en usage, et l'expérience a malheureusement démontré que cette fatale maladie est presque toujours au-dessus des ressources de l'art.

---

4. *Recherches sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux considérées comme causes de mort subite;* par le docteur F.-A. Aran, ancien interne-lauréat de l'Hôtel-Dieu.

(Suite : *voir* t. II, février, 1849, p. 29.)

(Archives générales de médecine, mars 1849.)

« Ce qui m'a toujours étonné, écrivait il y a plus de 30 ans le professeur Testa, dans un ouvrage justement estimé, c'est que depuis la publication de l'excellent livre de Lancisi sur les morts subites, et depuis les observations de Valsalva, de Santorini et de Morgagni (sans parler des faits du même genre qui se trouvent dans les auteurs plus anciens), tant de nosologistes, parmi lesquels on regrette de ranger Cullen, n'aient pas fait seulement mention de ces apoplexies et de ces morts subites qui frappent les sujets affectés de maladies du cœur, et qui méritaient, ne fût-ce que par leur danger, de fixer l'attention des pathologistes à plus juste titre que les apoplexies séreuses, atrabilaires et vermineuses. Je suis convaincu que, si les autopsies étaient faites avec plus de soin, on reconnaîtrait bientôt que les maladies du cœur jouent un rôle plus important qu'on ne pense dans la production de ces prétendues apoplexies si promptement mortelles. » (*Delle mallattie del cuore*, t. I, p. 219.) Ces paroles de Testa trouvent encore malheureusement leur application de nos jours, et le professeur de Bologne pourrait adresser ces reproches non-seulement à tous les ouvrages classiques de médecine clinique, mais encore aux deux traités sur les maladies du cœur qui ont

le plus marqué dans ces derniers temps, celui de Hope et celui de M. le professeur Bouillaud. Nous avons vainement cherché dans ces deux ouvrages un seul passage dans lequel leurs auteurs aient signalé cette terminaison subitement funeste des maladies du cœur.

Testa l'a dit avec raison : c'est Lancisi qui, le premier, a formulé la possibilité de ces morts subites, et les conditions de leur production. Les annales de l'art renfermaient avant lui des faits isolés de ce genre de mort ; mais lui seul a compris et exprimé dans un langage précis les conditions physiologiques de la circulation, en disant : *Ad vitæ necessitatem ex parte cordis tria considerari debent* : 1° *congruat structura tam cordis quam magnorum vasorum* ; 2° *viarum libertas* ; 3° *vis movens quam facultatem pulsativam dicunt. Certe ex unoquoque fonte maximi oriri possunt morbi qui confertim perimant.* (Ouvr. cité, ch. x, p. 28.) A partir de Lancisi, l'influence des maladies du cœur sur la production des morts subites prend place dans tous les ouvrages qui traitent de ces maladies. Senac, Morgagni, Burns, Testa, Kreysig surtout, ajoutent de nouveaux faits à ceux rapportés par Lancisi. Kreysig va plus loin, et désigne formellement comme maladies pouvant surtout occasionner la mort subite, à une époque où le malade paraît avoir encore toutes les apparences de la bonne santé, l'amincissement des parois du cœur et les *altérations des orifices du cœur*, principalement *celles qui permettent le retour du sang dans la cavité qu'il vient de quitter (Maladies du cœur*, traduct. italienne, t. V, p. 113).

Comment se fait-il maintenant que des données aussi bien établies n'aient pas trouvé place et n'aient pas même été discutées dans des ouvrages modernes aussi estimables que ceux de Corvisart, de Bertin, de Hope et de M. Bouillaud? Comment se fait-il qu'un des médecins les plus distingués de l'Angleterre, connu par ses travaux sur la pathologie du cœur, M. Corrigan, ait pu écrire, en parlant de l'insuffisance des valvules aortiques, ces lignes : « Les malades affectés de maladies du cœur craignent en général de mourir subitement. Il est nécessaire de combattre cette crainte, et on peut le faire en toute sûreté de conscience, puisque jusqu'ici on ne connaît aucun exemple de terminaison subitement funeste de l'insuffisance aortique? » *(Edinb. journal*, t. XXXVII, p. 241 ; 1832.) C'est ce qu'il nous est difficile d'expliquer, à moins d'admettre que ces pathologistes, en faisant table rase de tant de doctrines hypothétiques soutenues par leurs devanciers, n'aient confondu dans ce nombre une vérité aussi élémentaire et d'une démonstration aussi facile.

Nous devons cependant faire une exception en faveur de deux médecins légistes, M. Devergie et M. Southwood Smith *(Lond. med. gaz.*, t. XXII, p. 401), et de M. le Dr Gendrin, médecin de l'hôpital de la Pitié, qui a signalé dans le premier volume de ses *Leçons sur les maladies du cœur* toute la gravité de l'insuffisance des valvules aortiques, et la fréquence de sa terminaison par la mort subite. Nous ajouterons que c'est dans les savantes leçons de ce médecin que nous avons puisé l'idée des recherches que nous avons entreprises, et du travail que nous publions aujourd'hui.

Nous avons parlé, dans la première partie de ce Mémoire, d'un relevé statistique de 202 cas de morts subites qui ne pouvait laisser de doutes sur la fréquence de morts subites par maladie du cœur ou des gros vaisseaux *sans rupture*. Avant d'aborder l'étude de ces diverses causes de mort subite, nous avons à faire connaître quelle est leur fréquence proportionnelle dans les 114 cas qu'il embrasse :

Hypertrophie ou dilatation du cœur	14
Surcharge ou dégénérescence du cœur	4
Ramollissement du cœur	5
Anévrysme vrai du cœur	4
Cancer ou tubercules du cœur	2
Concrétions polypiformes	1
Maladies des valvules aortiques	25
Maladies avec lésions d'autres valvules, dilatation de l'aorte ou adhérences du péricarde	13
Altération de la valvule mitrale	8
Altération de plusieurs orifices	2
Cyanose	10
Ossification de l'aorte ou des artères coronaires	2
Anévrysme de l'aorte	13
Anévrysme variqueux de l'aorte	5
Maladies de l'artère pulmonaire	1
Péricardite	2
Adhérence du péricarde	3
	114

Il résulte évidemment de ce relevé que, de toutes les causes de morts subites, les plus fréquentes sont celles qui reconnaissent pour cause les maladies des valvules, et principalement des valvules aortiques. Viennent ensuite, par ordre de fréquence, les anévrysmes de l'aorte et les maladies de la substance musculaire du cœur.

Depuis que ce tableau a été dressé, nous avons cru apercevoir dans sa construction plusieurs vices qui nous ont paru nécessiter un remaniement complet des matériaux qui le composent. Voici pourquoi : il est très-rare de trouver à l'autopsie des lésions parfaitement simples ; deux ou un plus grand nombre d'orifices

peuvent être altérés à la fois, l'aorte être malade, etc. De là la nécessité de distinguer les cas complexes des cas simples. Mais, en outre, il y a une limite à poser entre les altérations primitives et les altérations secondaires : l'hypertrophie du cœur, par exemple, est une complication presque constante des maladies des valvules; elle se retrouve dans presque toutes, et cependant ces maladies ne sont pas toutes dangereuses au même degré. Ce n'est donc pas l'hypertrophie qui en fait à elle seule la gravité, c'est surtout la nature et le siége de l'altération valvulaire. Nous avons donc relu tous ces faits avec la plus grande attention, et nous les avons réduits à 113, qui se répartissent comme suit :

Maladies de la substance musculaire	19
Id. des valvules aortiques	25
Id. de la valvule mitrale	6
Id. de plusieurs valvules.	3
Vices de conformation du cœur	10
Maladies de l'aorte et de l'artère pulmonaire. . .	17
Id. des artères coronaires	1
Péricardite	4
Adhérence du péricarde	9
Maladies des valvules aortiques et de l'aorte . . .	9
Id. de plusieurs valvules et de l'aorte . . .	6
Adhérence du péricarde, coïncidant avec d'autres altérations	4
	113

Un coup d'œil jeté sur ce tableau montre, malgré le changement apporté dans les chiffres et dans la manière de grouper les altérations, qu'il ne modifie en rien ce qui a été établi plus haut touchant la léthalité plus grande à la suite des maladies des valvules, de celles de l'aorte et de la substance musculaire du cœur ; mais il montre, en même temps, qu'un bon nombre de ces morts subites est dû à des lésions multiples de l'appareil central de la circulation.

Il nous serait impossible de faire passer sous les yeux de nos lecteurs les 113 observations qu'embrasse le tableau précédent; mais comme il s'agit ici d'un point de la pathologie du cœur, peu connu et peut-être susceptible de contestation, lorsque nous croirons inutile de multiplier les exemples, soit à cause des analogies frappantes des faits du même genre, soit parce que ces faits seraient impuissants à éclairer la question en litige, nous ferons connaître les indications bibliographiques et les sources où nous avons puisé.

Nous étudierons successivement ces morts subites dans les maladies de la substance musculaire du cœur, dans les maladies des valvules, dans les vices de conformation du cœur, dans les

maladies des gros vaisseaux et des artères cardiaques, dans les maladies des enveloppes du cœur, et dans les cas complexes.

§ I. — *Morts subites par maladie de la substance musculaire du cœur.* — Telle a été longtemps l'importance attachée à l'intégrité et aux conditions normales des parois musculaires du cœur dans l'accomplissement des fonctions circulatoires, que les plaies du cœur étaient considérées comme inévitablement et subitement mortelles. Il a fallu des faits nombreux et bien constatés pour déraciner cette croyance, que Lancisi partageait jusqu'à un certain point lorsqu'il faisait de la structure normale *(congrua)* du cœur et des gros vaisseaux la première condition de la continuation de la vie, en ce qui touche l'organe central de la circulation. Ce que les anciens pensaient des plaies du cœur, on l'a longtemps pensé des autres altérations de la substance musculaire du cœur, et c'est avec un étonnement profond que les anatomo-pathologistes ont trouvé des lésions des parois musculaires, dont le degré ne permettait aucun doute sur la date déjà ancienne de leur développement. C'est que les anatomistes ne se reportaient pas assez à cette espèce de solidarité des cavités homologues du cœur, à leur simultanéité de contraction, qui font que l'accomplissement de l'acte circulatoire dans la cavité aux parois malades est facilité par l'accomplissement de l'acte identique dans la cavité du même nom, dont les parois ont conservé leur structure normale. Il est très-rare en effet d'observer des altérations assez profondes portant au même degré sur les deux côtés du cœur, et le fait le plus commun, c'est l'inégalité d'altération, alors même que la maladie a frappé sur les deux côtés à la fois.

Ce fait bien établi, il est facile de comprendre toute l'influence fâcheuse des altérations de la substance musculaire, quand ces altérations ont pour résultat d'affaiblir la puissance active de l'organe de propulsion du sang, et l'on s'explique comment des affection telles que le ramollissement, la surcharge et la dégénérescence graisseuse, les dégénérescences tuberculeuses, cancéreuses, etc., du cœur, peuvent devenir causes de morts subites, lorsque la puissance active se trouve dans un moment donné, et par des circonstances particulières inférieure à la résistance représentée par la masse du sang à mouvoir. Mais lorsque l'altération de la substance musculaire, au lieu de diminuer l'élément contractile, tend à en augmenter la puissance et le volume, comme dans l'hypertrophie du cœur, la mort subite est-elle possible, et comment cette altération peut-elle occasionner la mort? Il y a déjà quelques années, cette question se pré-

senta devant l'Académie de médecine, à propos d'un fait qui avait été adressé à cette société savante, et M. le professeur Bouillaud, qui était chargé du rapport, combattit la conclusion qui avait été tirée de ce fait et la doctrine des morts subites par hypertrophie du cœur. Nous avons donc à établir le fait en lui-même, indépendamment de toute explication ; nous le ferons par les deux observations suivantes :

Obs. IX. — Un homme de 63 ans, atteint depuis fort longtemps d'un asthme qui le tourmentait beaucoup, s'embarqua sur un bateau ; il y dîna, et se trouva indisposé après dîner ; en peu de temps, il fut frappé de mort. — *Autopsie.* Vaisseaux de la superficie du cerveau peu gorgés de sang, substance blanche assez injectée, muqueuse stomacale rouge et épaissie, poumons parfaitement sains et crépitants, muqueuse de la trachée et des bronches enflammée chroniquement. Cœur triplé de volume, refoulant en haut et en arrière le poumon gauche ; toutes les cavités remplies d'une grande quantité de sang noir à demi solidifié ; ses parois hypertrophiées, surtout celles du ventricule gauche. Point de lésion notable des orifices auriculo-ventriculaires ou artériels. (docteur Labat, *Journal hebd.*, 1834, t. III, p. 77.)

Obs. X. — Un homme de 48 ans commença à éprouver, en août 1828, des maux de tête et des douleurs d'entrailles. On n'obtint qu'un rétablissement incomplet. Des coliques et de la douleur vers la partie supérieure de la tête persistèrent, de temps en temps ; le malade était menacé de tomber en syncope. Il meurt subitement le 9 janvier 1829. Rien dans le cerveau ; le cœur doublé de volume, et ses parois ventriculaires augmentées d'épaisseur ; jéjunum et iléon d'un rouge foncé. (Rapport fait par M. Bouillaud, *Arch. gén. de méd.*, 1830, t. XXII, p. 134.)

Nous pourrions citer d'autres observations, par exemple, celle communiquée par M. Regnier à la Société anatomique, et recueillie chez une femme qui présentait depuis longtemps des étouffements, des battements sourds et faibles du cœur, et dont le cadavre, ouvert après la mort subite, ne présenta d'autre altération qu'une hypertrophie du ventricule gauche, avec augmentation de consistance de la substance musculaire et un épaississement considérable de la lame correspondante de l'endocarde (*Bull. de la Société anat.*, 1834, p. 164) ; un fait rapporté par Gould (*Coll. acad.*, partie étrangère, t. II, p. 503) ; un autre fait consigné dans ce journal par M. Joret. Mais l'absence d'altérations autres que l'hypertrophie du cœur, constatée dans les deux premières observations, nous paraît suffire à la démonstration de la possibilité de ces terminaisons subitement funestes.

Reste à en fournir l'explication, et nous ne croyons pas que cela soit vraiment difficile. Il ne faut pas se représenter l'hypertrophie comme ajoutant à la *facilité* des contractions musculaires du cœur, mais bien comme ajoutant à leur *énergie*. L'observation pathologique a montré que, dans les grandes hypertrophies, les phénomènes actifs du cœur s'accomplissent avec une certaine lenteur, et comme Hope l'a très-bien dit, *d'une manière progressive*. Cette espèce d'embarras qu'éprouve l'action musculaire augmente inévitablement avec l'hypertrophie elle-même, et nous verrons dans un instant que la maladie des valvules qui s'accompagne de l'hypertrophie la plus considérable est l'affection du cœur dans laquelle il est le plus commun d'observer la mort subite. Que, par une circonstance particulière, le sang afflue en plus grande abondance qu'à l'ordinaire dans le cœur ainsi hypertrophié, et sa résistance, quoique très-énergique, sera insuffisante pour triompher de l'obstacle formé par la masse du sang. Le malade de l'observ. IX venait de prendre son repas lorsqu'il a été saisi des accidents qui ont entraîné la mort, et l'on sait que, chez toutes les personnes dont le cœur offre un certain volume, la distension de l'estomac entraîne une certaine gêne dans la circulation et la respiration. Nul doute que ce n'est pas là le seul et unique mécanisme de la mort subite dans le cas d'hypertrophie ; mais autant qu'on en peut juger par les faits d'anatomie pathologique que possède la science, c'est du moins le plus commun.

Nous avons dit que la mort subite était plus facile à comprendre dans le cas d'altérations profondes des parois musculaires du cœur autres que l'hypertrophie. Les faits de ce genre ne sont pas très-rares, et, pour notre part, nous avons pu en réunir un assez bon nombre d'exemples. Nous citerons d'abord, pour le *ramollissement du cœur*, le fait rapporté per Dionis, relatif au marquis de Louvois, qui, à sa sortie de dîner et pendant qu'il lisait une lettre, fut pris d'une oppression subite qui entraîna la mort en moins d'un quart d'heure, et chez lequel l'autopsie ne montra d'autre altération qu'une congestion sanguine des poumons et une altération particulière du cœur, *gros, flétri, mollasse, semblable à du linge mouillé et ne contenant pas une goutte de sang dans les ventricules (Dissertation sur les morts subites*, 1718). Le fait suivant, rapporté par M. Southwood Smith dans ses *Leçons de médecine légale*, est encore plus explicite :

Obs. XI. — Une dame âgée souffrait souvent des atteintes d'une bronchite, à laquelle elle était sujette lors des changements de temps. D'après ses antécédents, il paraissait qu'elle avait

éprouvé, deux ans auparavant, une cardite aiguë. Le jour de sa mort, le docteur Southwood Smith la visita à midi. Elle causa toute l'après-midi avec ses amis. A six heures, elle prit du thé, se plaignit qu'elle était un peu fatiguée, et se coucha. Elle se trouva très-bien, dit qu'elle allait dormir, et qu'elle désirait être seule. La femme de chambre, qui la quittait, s'aperçut que sa figure changeait : elle courut à elle, et la trouva en faiblesse. Dix minutes après, elle était morte. A l'autopsie, on trouva, pour expliquer la mort, un ramollissement très-prononcé des parois musculaires du cœur. (*Lond. med. gaz.*, t. XXII, p. 401.)

Une observation a été faite, et non sans raison, pour les *anévrysmes vrais* ou *par dilatation partielle du cœur*, c'est que leur terminaison par rupture est assez rare ; il n'en est pas tout à fait de même de leur terminaison par la mort subite. Ainsi, nous trouvons d'abord dans les *Bulletins de la Société anatomique*, p. 36, 1827, un fait de ce genre, communiqué par M. Cruveilhier, relatif à un homme de 67 ans, sujet depuis dix ans à des étouffements, mort subitement au milieu d'un accès de dyspnée, après une très-bonne nuit, chez lequel on trouva pour toute altération une poche anévrysmale et osseuse naissant derrière le bord gauche du cœur. De son côté, Thurnam a publié deux faits du même genre : l'un relatif au général Herbert, malade depuis deux ans, et mort subitement pendant qu'il était assis ; l'autre où il est question d'un garçon cuisinier, âgé de 23 ans, qui mourut subitement dans la rue, et chez lequel on trouva une énorme tumeur anévrysmale, naissant de la pointe du cœur, et séparée du ventricule par un rétrécissement tel, que le cœur avait l'air d'un sablier (*London med.-chir. trans.*, 1838). Enfin, Craigie (*Edinburgh journal*, t. LIX, 1843) et Canella (*Giornale dei progressi*, mars 1844) ont chacun publié une observation du même genre ; le fait de Canella est surtout curieux, parce qu'il offre un exemple d'anévrysme partiel du cœur droit. Le voici :

Obs. XII. — Une femme de 62 ans, qui n'était pas malade, et qui paraissait dans la meilleure disposition d'esprit, causait avec d'autres femmes, lorsqu'elle tomba à la renverse, sur le côté droit, et expira immédiatement. Vaisseaux cérébraux un peu gorgés de sang ; poumon gauche noirâtre à sa partie postérieure ; cœur à sa place ordinaire, mais déformé par une tumeur située à la partie moyenne du ventricule droit. Cette tumeur, molle et flexible, qui avait en dehors 17 pouces de circonférence, n'était autre qu'un anévrysme par dilatation du ventricule droit, renfermant du sang fibrineux et coagulé, et communiquant avec

l'intérieur du ventricule par un orifice cartilagineux de 2 pouces de diamètre.

La *surcharge* et la *dégénérescence graisseuse* paraissent avoir une influence proportionnellement moins fâcheuse que les anévrysmes vrais. Nous citerons pour mémoire le fait de Scholzius (*Miscellanea curios. german*, 1671), et une observation détaillée, consignée dans le *London medical repository*, t, XXIV, p. 70, dans laquelle une grande partie des fibres musculaires du cœur était convertie en une espèce de graisse ; mais nous rapporterons brièvement le fait suivant qui a paru il y a peu de temps dans une dissertation sur les morts subites, publiée par MM. K. Herrich et K. Popp :

Obs. XIII. — Un pasteur protestant, âgé de 56 ans, habituellement bien portant, mais ayant éprouvé de violents chagrins, par suite de la gêne que lui causait sa nombreuse famille, commença à ressentir, vers le milieu du mois d octobre, une sensation d'oppression vers la poitrine, qui disparut spontanément, après avoir duré très-peu de temps. Le 26 octobre, dans l'après-midi, il rentra chez lui, la face pâle et décomposée, en proie à une violente oppression. Un médecin, qui fut appelé immédiatement, lui trouva le pouls lent et très-faible, la face pâle et froide, couverte d'une abondante transpiration ; il avait toute sa connaissance. Quelques minutes après, il retomba sur son lit, épuisé, et après quelques petits mouvements convulsifs de la face, il expira, demi-heure environ après le commencement des accidents. Le cerveau et ses membranes étaient parfaitement sains ; le péricarde ne contenait qu'une cuillerée de sérosité ; le cœur était flasque, très-gros, surtout du côté droit ; les parois du ventricule gauche, très-minces, étaient d'une couleur brun-pâle, et si peu consistantes, qu'elles se déchiraient à la moindre pression du doigt ; l'aorte, à son origine, et surtout à sa crosse, était un peu rétrécie ; le sang était noir et liquide dans les cavités du cœur ; les tuyaux bronchiques renfermaient un peu de mucus jaunâtre ; la muqueuse était pâle, les poumons distendus par de l'air et par du sang noir et liquide. (*Der plôzliche Tod aus innerem Ursachen*, in-8°, p. 26 ; Bengensburg, 1848.)

La présence des produits morbides hétéromorphes (tubercules, cancer, hydatides, etc.) dans l'épaisseur des parois du cœur compte aussi un certain nombre de morts subites ; seulement le nombre de ces morts est aussi restreint que le chiffre de ces dégénérescences considérées d'une manière générale. En fait de *tubercules du cœur*, nous n'en connaissons qu'un exemple rapporté par M. Southwood Smith (Mémoire cité), re-

latif à un homme qui fut trouvé mort sur la voie publique. Comme il vivait très-mal avec sa femme, cette dernière fut accusée de l'avoir empoisonné. A l'*autopsie*, on découvrit une tuberculisation étendue de la cloison ventriculaire du cœur et des parois antérieures des deux ventricules. Nous ne connaissons non plus qu'une observation de mort subite dans un cas de *cancer du cœur*, rapportée par M. Ségalas. Un enfant de 11 ans, qui avait offert des symptômes de pleurésie et de péricardite, jouit pendant un an d'une santé assez bonne, puis fut pris d'une ascite et mourut un jour subitement. Il y avait des adhérences intimes du péricarde au cœur, celui-ci était triplé de volume; tout le ventricule droit et une grande partie du gauche étaient convertis en substance lardacée cérébriforme. Un peu de sérosité claire dans l'arachnoïde; épanchement séreux abondant dans la plèvre gauche et l'abdomen; amas de mucosités dans toute l'étendue des voies aériennes. Nous avons trouvé dans les auteurs trois exemples de mort subite dans le cas d'*hydatides du cœur*. L'un d'eux trouvera sa place dans les cas complexes, à côté des adhérences du cœur, qui avaient probablement joué le principal rôle dans la production de cette terminaison funeste; nous rapporterons ici les deux autres, parce que l'insuffisance des détails anatomiques permet de se demander s'il s'agissait bien réellement d'hydatides du cœur :

Obs. XIV. — Une dame, après une nuit tranquille, fut prise en s'éveillant de dyspnée; face pâle, lèvres livides; pouls très-petit, à 130 et régulier; cœur battant avec force. Mort trois heures après le début de l'attaque. Cœur normal; hydatide volumineuse remplissant si complétement le ventricule droit, qu'elle devait s'opposer presqu'entièrement au passage du sang dans l'artère pulmonaire; cette hydatide en contenait dans son intérieur huit ou dix autres flottant dans un liquide. (docteur Smith, *Arch. génér. de méd.*, t. III; 1838.)

Obs. XV. — Une femme de 37 ans, qui avait reçu, quelques années auparavant, des coups sur la région précordiale et sur la tête, avait conservé depuis une céphalalgie intermittente, sans aucun symptôme du côté de la poitrine, même après les plus grandes fatigues, lorsque le 30 octobre au matin elle se plaignit d'un sentiment d'anxiété et d'oppression respiratoire. Une demi-heure après, on la trouva morte dans son lit.

Autopsie. Sinus de la dure-mère gorgés de sang noir; celui-ci très-fluide dans tout le corps, sans trace de coagulation. Cœur en apparence sain à l'extérieur, couvert de beaucoup de graisse; ses parois, ses cavités, ses valvules à l'état normal; la cloison

ventriculaire, vue par sa face droite, au-dessous de la naissance de l'artère pulmonaire, présentait une ouverture irrégulière comme rongée, longue de 3 lignes, et une déchirure parallèle au grand diamètre du cœur, conduisant dans une cavité qui s'étendait à presque toute la cloison, qui pouvait loger une grosse noix, et qui était tapissée d'une membrane lisse, blanche, mate, plissée sous les fibres musculaires sous-jacentes, dont on pouvait facilement la détacher. On trouva dans la plèvre gauche, en arrière, sur le diaphragme, un sac d'acéphalocystes ayant la même dimension que la cavité de la cloison interventriculaire. (docteur Griesinger. *Arch für physiol. Heilk.*, Bd. 2 ; 1846.)

Nous terminerons ce qui est relatif aux *morts subites par maladie de la substance musculaire du cœur*, en rapportant l'observation suivante, qui semble établir la possibilité d'une dégénérescence *syphilitique* de la fibre musculaire cardiaque.

Obs. XVI.—Un malade âgé de 41 ans, qui avait eu à plusieurs reprises des affections syphilitiques, pour lesquelles il avait été traité par les mercuriaux, entra à l'hôpital pour des tubercules ulcérés sur le moignon de l'épaule gauche, et pour une ulcération tuberculeuse siégeant sur la face dorsale du pénis, au niveau de la base du prépuce, communiquant avec un trajet fistuleux étendu jusqu'au pubis, et entouré d'une aréole d'un rouge livide avec un fond grisâtre. Ce malade suivait un traitement antisyphilitique, et les symptômes étaient déjà en voie de guérison lorsqu'il fut pris d'un étourdissement subit, et expira en moins de cinq minutes, sans qu'aucun secours pût lui être administré. Avant de mourir, la face etait devenue violacée, puis très-pâle ; il avait prononcé ces mots : *Je me sens bien mal.* Peu d'instants auparavant, il était allé à la garde-robe, et il avait été frappé d'une particularité dont il avait fait part à ses camarades : au moment où il urinait, il était sorti quelques gouttes de sang par l'ulcération du pénis.

Autopsie. Congestion sanguine très-prononcée de tous les viscères. Cœur assez notablement hypertrophié, épaississement et coloration blanchâtre de l'endocarde du ventricule droit ; vers la pointe du ventricule gauche et sur sa paroi interne on voyait une couche de sang rougeâtre, friable, adhérente, au-dessous de laquelle se trouvait une sorte d'apoplexie sanguine intéressant toute l'épaisseur de la paroi ventriculaire ; le sang était combiné intimement avec la substance musculaire, qui avait perdu sa consistance normale. Dans l'épaisseur des parois ventriculaires, plusieurs productions morbides jaunâtres ayant la consistance de l'encéphaloïde, offrant quelque analogie d'aspect avec la matière

tuberculeuse en voie de ramollissement, et résultant d'une véritable transformation de la substance musculaire, qui semblait commencer par une combinaison du sang avec la fibre charnue, ainsi qu'on en voyait des traces dans plusie rs points. A la base des deux poumons, quelques indurations d'apparence tuberculeuse. (Docteur Gabalda, *Bulletin de la Société anatomique*, 1845.)

(*La suite à un prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE. — 5. *Du traitement de la suette miliaire grave* ; extrait d'une lettre de M. le docteur TAUFFLIEB, de Barr.

(Gazette médicale de Strasbourg, N° 3; mars 1849.)

Cette maladie est d'une nature si insidieuse, et donne lieu à des épidémies si meurtrières, que nous recueillons avec empressement tous les documents qui peuvent contribuer à en éclairer le traitement encore si incertain ; nous savons donc gré à M. le docteur Aronssohn d'avoir mis à notre disposition une intéressante note sur ce sujet, extraite d'une lettre que lui a adressée M. Taufflieb, un de nos confrères les plus distingués de l'Alsace :

« Il règne dans ce moment à Andlau une épidémie de suette miliaire assez grave. Le nombre des personnes atteintes est considérable, ce sont presque toujours des individus dans la force de l'âge. Pour ma part, j'ai vu dans cette commune, dans l'espace de dix-huit jours, 36 cas de miliaire plus ou moins graves. La même maladie s'est déclarée à Saint-Nabor au pied de la montagne Sainte-Odile; mais jusqu'à présent le nombre des malades est très-petit dans cette commune.

« J'appliqne toutes mes facultés à l'étude de cette singulière et perfide maladie, qui est devenue un sujet de terreur pour les malades et même pour les médecins.

« Je crois avoir recueilli quelques données utiles sur ces trois points : 1° Où est le danger dans la miliaire? D'où vient-il ? 3° Peut-on prévenir ce danger, et lorsqu'il est survenu, par quels moyens peut-on le combattre ?

« Le sulfate de quinine, à doses élevées, déjà employé avec succès en 1841 par les médecins de Périgueux dans l'épidémie du département de la Dordogne, a rendu également de grands services à Andlau ; mais seul, ce moyen ne suffit pas toujours pour conjurer le danger, et il est complétement inutile lorsqu'il est employé trop tard, c'est-à-dire, au moment où a déjà éclaté l'accès qui enlève quelquefois le malade de la manière la plus soudaine et la plus imprévue. Ce paroxysme une fois déclaré (ce qui peut arriver malgré l'administration préalable du sulfate de quinine), on peut encore, par une médication énergique et

rapide, sauver le malade d'une mort imminente, ainsi que je l'ai déjà observé dans l'épidémie de Nothalten, en 1844.

« Aussitôt que j'aurai quelques moments de loisir, je me propose d'appeler l'attention de mes honorables confrères sur les moyens capables de rétablir le jeu des organes les plus essentiels à la vie, dont l'action est subitement enrayée par ce terrible accès, propre à la miliaire et qui n'a pas encore reçu de nom.

« Je vous dirai par anticipation qu'une vésication rapide de la peau, dans plusieurs endroits, par le moyen de *fomentations* avec un liniment ammoniacal, et l'ammoniaque à l'intérieur, forment la base de ce traitement qui doit être dirigé avec mesure et discernement, mais avec quelque hardiesse. Au moment de l'accès et aussitôt que possible, je fais prendre à l'intérieur *l'esprit de sel ammoniac anisé* à doses peu élevées, et fais appliquer de larges fomentations ammoniacales. La suffocation et les syncopes cessent au moment où le malade sent vers la peau la chaleur provoquée par l'agent rubéfiant; ce qui a lieu au bout de une ou deux minutes. L'éruption miliaire se montre ordinairement, peu après, aux endroits rubéfiés et s'étend de là aux régions voisines. Le malade alors peut être considéré comme sauvé.

« Je ne vous parlerai pas des détails concernant le *modus faciendi* et des autres moyens accessoires. Les limites de cette lettre, déjà peut-être trop longue, m'empêchent de m'y étendre davantage; mais j'espère trouver l'occasion de vous faire part de tout ce que j'aurai pu observer d'intéressant, relativement à cette maladie qui demande encore à être étudiée.

« Ce traitement combiné avec l'administration du sulfate de quinine, donné, dès le début, à la dose de 1 gramme dans les vingt-quatre heures, le sulfate de quinine étant continué jusqu'à la période de dessiccation, ce traitement, dis-je, m'a réussi au delà de toute espérance. Jusqu'à présent je n'ai perdu que 2 malades sur 36; et cependant la maladie est loin d'être bénigne. Serai je aussi heureux jusqu'à la fin de l'épidémie? c'est ce que nous verrons pas la suite.

« Barr, le 4 mars 1849. »

---

6. *Note sur le traitement de la période comateuse du choléra ;* par M. le docteur Worms, médecin à l'hôpital du Gros-Caillou.

(Gazette médicale de Paris, N° 14 ; 1849.)

Monsieur le rédacteur,

Vous recueillez avec tant de sollicitude, dans votre journal, tous les faits propres à jeter quelque lumière sur la nature et le traitement du choléra, que j'espère que vous voudrez bien y donner place à quelques observations que m'a suggérées l'étude de cette maladie ; j'ai eu l'occasion de l'observer en Pologne (1831), à Paris (1832), et deux fois en Algérie, et j'en aborde l'étude, cette fois, avec quinze années de plus de pratique et nécessairement plus de maturité.

Quant à la cholérine, sans être convaincu, comme vous, qu'elle précède *nécessairement* et *toujours* l'invasion de la forme algide, je crois, avec vous, qu'elle en est le plus souvent l'avant-coureur, et qu'on ne saurait trop sérieusement attirer l'attention publique sur cette phase de la maladie, où il est si facile de la faire avorter avec ue peu d'ipécacuanha et des opiacés.

L'état algide ou cyanotique est pour moi l'expression de l'empoisonnement miasmatique accompli, et je dois dire, que, d'après tout ce que j'ai vu, je suis convaincu que, dans cette forme de l'affection épidémique, le salut du malade dépend beaucoup plus du degré d'intensité du poison et de la résistance vitale, que de l'aide du médecin. De deux choses l'une, ou le poison a atteint la vie de manière à l'anéantir entièrement, et alors les médicaments agissent, ou plutôt n'*agissent* pas sur le corps devenu inerte et insensible, ou bien il reste au foyer de la vie une étincelle qui se rallume d'elle-même ou dont l'expansion n'est que favorisée et développée par la médication ; aussi, je crois qu'on ne saurait trop regretter cette disposition générale à rechercher des moyens spécifiques de faire renaître la vie et la chaleur. Cette tendance n'a pas selement le grave inconvénient de faire perdre de vue au praticien les véritables indications thérapeutiques, en bornant le traitement à l'emploi pour ainsi dire exclusif du moyen de prédilection, mais elle en fait trop souvent entre ses mains un instrument dangereux qui donne à la réaction une impétuosité funeste.

Si je ne me trompe, dans l'épidémie qui nous occupe, les malades, à moins d'avoir été abandonnés à des influences très-débilitantes et pernicieuses, périssent bien plus souvent dans la période de réaction que dans l'état algide.

Quand on apporte dans mes salles un homme atteint du cho-

léra grave, pour peu que l'épuisement ne soit pas trop grand et qu'on sente encore le mouvement circulatoire, on lui administre 2 grammes d'ipécacuanha, et pour boisson une infusion de menthe et de tilleul; on applique à l'épigastre un emplâtre de thériaque composé (1), par dessus lequel on place une brique chaude.

L'air du lit est réchauffé au moyen de l'appareil Duval; de deux en deux ou de trois en trois heures, on passe sur les membres et sur l'abdomen une éponge trempée dans la solution (2) chaude, et d'heure en heure on lui fait prendre une cuillerée de la potion (3).

Aux malades dont l'estomac rejette les boissons chaudes et qui sont néanmoins tourmentés par la soif, je fais donner un peu de glace ou quelques cuillerées d'eau froide.

Quand les crampes sont violentes, on cherche à les calmer par le massage.

Mais jamais je ne fais faire de frictions pour ramener la chaleur à la peau, parce que la réaction vitale seule peut produire cet effet, et que le premier besoin d'un malade épuisé par des déjections excessives est le repos absolu, et qu'il me semble cruel de le troubler pour satisfaire à des vues dont la justesse ne m'est pas démontrée.

Aussitôt que le froid extérieur se dissipe et que le pouls reparaît, je fais abandonner les potions stimulantes en y substituant des diaphorétiques doux, tels que le carbonate d'ammoniaque (4 grammes pour 120 grammes de véhicule) et même le nitrate de potasse quand la réaction menace de dépasser la mesure normale.

A tous ces médicaments je ne manque jamais d'y ajouter le

(1) Prenez : Thériaque. . . . . 15 grammes
Baume du Pérou. . . . . 15 —
Huile essentielle de menthe. . . 8 —
Malaxez, faites emplâtre avec bord agglutinatif; saupoudrez avec camphre. . . . . 50 centigrammes.

(2) Prenez : Camphre. . . . . 1 gr. 50 centig. à 2 grammes
Alcool rectifié. . . . . 120 grammes
Vinaigre. . . . . 300 —
Teinture de capsicum annuum. . . . . 4 à 8 grammes pour lotion.

(3) Prenez : Ether sulfurique. . . . . 15 grammes
Ammoniaque liquide. . . . . 3 —
Teinture de capsicum. . . . . 1 —
Camphre. . . . . 2 décigr.
Quand il y a douleur à l'épigastre ajoutez :
Theriaque. . . . . 15 gr. pour potion.

camphre (2 grammes ou 3 décigrammes), parce que je ne perds pas de vue que c'est une maladie de nature pestilentielle que j'ai à traiter, que dans ce cas les anciens recommandaient de ne jamais omettre le camphre, et que je me suis toujours très-bien trouvé d'avoir mis leurs préceptes en pratique.

Quand l'état algide a cessé, voici comment j'ai vu les choses se passer :

1° Dans le plus petit nombre des cas, la réaction se montre et se soutient modérée ; elle fait bientôt place à une convalescence qui n'est ni longue ni difficile.

2° Quelquefois, et surtout chez les sujets minés par des maladies antérieures ou l'habitude des excès, elle reste incomplète : la peau ne reprend qu'une chaleur très-faible ; le pouls reste misérable, la face est d'une paleur livide, et une espèce d'impuissance nerveuse annonce la mort prochaine.

3° Dans les cas qui, malheureusement, ne sont pas les moins fréquents, la réaction se fait brusquement ; pendant un ou deux jours, elle ne laisse rien à désirer ; mais on voit peu à peu des ramifications veineuses se dessiner sur la conjonctive ; la moitié inférieure de cette membrane s'injecte ; quand cette injection devient tout à fait prononcée, la peau fraîchit, sans cependant devenir froide ; le pouls se ralentit, mais en restant ordinairement grand et mou ; le malade est habituellement couché sur le dos ; il dort beaucoup, d'abord les yeux bien fermés ; le lendemain on le trouve les paupières entr'ouvertes pendant le sommeil ; mais on ne peut voir la pupille qui est portée en haut et cachée par la paupière supérieure ; déjà à ce moment la conjonctive tout entière est d'un rouge sanglant ; l'apathie augmente ; on arrache avec peine au malade quelques paroles ; la langue est alourdie comme dans l'ivresse ; quelquefois elle se sèche un peu ; le malade se découvre machinalement, défait les bandages, veut parfois sortir de son lit ; quand alors on voit la paupière supérieure rester abaissée, même quand il est éveillé, et fortement bombée au milieu par la saillie que fait le globe, il ne reste plus guère que quelques heures d'existence.

Cette invasion lente (mais que rien ne peut arrêter) de la somnolence, qu'on a improprement appelée état typhoïde, est dans notre épidémie, comme dans celles que j'ai vues autrefois, un phénomène bien commun et bien désespérant pour le médecin ; car aucun révulsif, les vésicatoires, le cautère actuel, ne peuvent en entraver la marche fatale.

Une puissance invincible comprime la réaction et étouffe le jeu du système nerveux et de la circulation. Dans l'état algide on

peut, dans les cas les plus graves, encore tout espérer de la nature ; dans ce narcotisme, la nature elle-même est paralysée et la mort est inévitable.

C'est à découvrir la cause de cet affreux coma que je me suis attaché depuis le commencement du choléra qui règne maintenant, et parmi les autopsies que j'ai faites dans ce but, il en est une qui, si je ne me trompe, est de nature à fournir quelques notions à cet égard.

Au nombre des cholériques admis dans mes salles les 23 et 24 mars, il y en avait deux qui étaient très-promptement sortis d'un état algide très-marqué ; mais la réaction s'était singulièrement ralentie, et, dans une note adressée le 29 mars au conseil de santé, je signalai leur état comme des plus inquiétants.

L'un d'eux, le nommé Rambaut, qui était entré le 24, succomba, le 30, à peu près sans agonie ; le pouls s'était conservé très-lent et mou jusqu'au dernier moment. — Le nez était de nouveau cyanosé, le globe de l'œil poussait fortement en avant la paupière supérieure, qui était restée entièrement abaissée depuis la veille.

En procédant à l'autopsie, je vis à l'ouverture du crâne s'écouler à peu près deux cuillerées de sérosité ; le cerveau était turgescent, les veines étaient gonflées; l'œil extrait de l'orbite était distendu à crever ; les humeurs, et particulièrement l'humeur vitrée, qui était moins consistante qu'à l'état normal, existaient en quantité très-considérable ; la pupille offrait une convexité pointue.

Dans cet ensemble de circonstances, je crus trouver une explication de l'arrêt de réaction dont j'avais été témoin ; je crus comprendre que, par suite du retour subit de la circulation, la carotide envoyait avec abondance du sang artériel au cerveau, pendant que le système veineux était encore gorgé et distendu en outre par la sérosité, qui reparaît plus abondamment, ainsi que cela a été observé, lors de la cessation de la cyanose ; qu'une grande partie de cette sérosité s'épanchait entre les circonvolutions cérébrales, la masse du cerveau et la boîte osseuse, et que la présence de ce liquide empêchait tout à la fois le retour d'une circulation normale dans l'organe encéphalique, et l'action vivifiante du centre cérébral sur le reste de l'organisme.

Ce raisonnement, vrai ou faux, une fois admis, l'indication était claire : il fallait trouver un moyen d'activer la résorption lymphatique et de faire disparaître ce liquide.

Au moment où je me rendais au lieu de l'autopsie, je venais de quitter précisément un malade entré le 23 mars, chez leque

aussi la réaction, après s'être faite avec vivacité, s'était arrêtée graduellement. La stupeur était complète, le pouls était lent et mou, la peau froide; l'œil, sanglant à toute la surface, était porté en haut; aux angles, des deux côtés, se montrait cette sécrétion mucoso-purulente qui marque ordinairement l'agonie; son chirurgien major, M. le docteur Lange de Beaujour, qui venait de le voir, avait annoncé au colonel du régiment qu'il allait mourir.

Je me rendis près de lui; je fis raser la tête et prescrivis qu'on y appliquât une flanelle trempée dans la solution suivante :

Prenez :	Alcool camphré.	150 grammes.
	Ammoniaque liquide. . . .	20 à 25 —
	Infusion d'arnica	100 —
	Dans laquelle on fera dissoudre :	
	Chlorhydrate d'ammoniaque. .	45 —

Le lendemain matin, l'état avait singulièrement changé : la peau était chaude, le pouls fréquent et plus fort; la sécrétion mucoso-purulente des angles oculaires avait disparu. L'injection de la conjonctive avait sensiblement diminué, et la stupeur était bien moindre.

J'avais un autre malade dans la même salle qui, sans être à beaucoup près dans un état aussi fâcheux, me donnait cependant des inquiétudes; je prescrivis pour lui les mêmes fomentations; et je ne fus pas peu surpris le 3, à ma visite du matin, de voir chez tous les deux les bras et les jambes couverts d'immenses taches scarlatineuses.

Le premier de ces malades est aujourd'hui, 5 avril, dans un état qui permet quelque espoir; à la visite du soir, il a causé très-bien avec moi en prenant un peu de bouillon que je lui avais accordé; l'autre est tout à fait bien. Je dois dire aussi que ces fomentations, appliquées à un homme atteint de choléra fort grave et tourmenté par un hoquet continuel, n'ont pu l'empêcher de succomber.

Aujourd'hui, j'ai fait l'emploi de ces fomentations chez des hommes atteints fort sérieusement et chez lesquels une cyanose prononcée de la face, et surtout du nez et des oreilles, me font redouter une réaction très-pénible. — Je vous tiendrai au courant du résultat.

Si je n'avais écouté que mon intérêt, ie me serais gardé de donner de la publicité à cette observation si incomplète, avant de l'avoir soumise à de nombreuses et sévères épreuves; mais comme il se pourrait que le moyen auquel j'ai eu recours fût véritablement efficace, je croirais manquer à mon devoir en ne

mettant pas de suite mes confrères en mesure de l'appliquer et d'en juger la portée.

Les résultats ont dépassé mon attente : le malade qui fait le sujet de la précédente lettre (le nommé Pierre, salle 21, n° 9) est en pleine convalescence ; il mange le quart de la portion, boit la portion entière de vin, et il lui reste à peine un peu de rougeur aux conjonctives. Je n'hésite pas à déclarer que c'est pour la première fois, depuis que j'ai observé et traité des cholériques, que je vois le coma, porté au degré qu'il avait atteint chez ce malade, se terminer autrement que par la mort. Le second malade dont il avait été fait mention est entièrement rétabli, et serait déjà sorti de l'hôpital si ses vésicatoires étaient parfaitement secs (1).

Je craindrais d'être taxé d'exagération et d'aveugle partialité pour une méthode dont le premier j'ai eu l'idée, si j'essayais de vous convaincre de la merveilleuse promptitude avec laquelle agissent ces fomentations dans la plupart des cas. Depuis le jour où je les ai vues exercer sur l'état du n° 9, salle 21, une influence si remarquable, j'en ai étendu l'emploi à tous les cas de choléra très-graves qui ont été admis dans mon service, et surtout aux hommes chez lesquels une cyanose très-foncée de la face, des oreilles et du nez, devait faire présager une réaction ou très-difficile ou compliquée d'accidents cérébraux, et voici en somme ce que j'ai observé : la peau se réchauffait plus promptement et à un plus haut degré, le pouls prenait un développement et une énergie extraordinaires, et qui, si je ne m'étais cru aussi sûr du résultat définitif, m'auraient engagé à saigner immédiatement dans la crainte d'une congestion funeste ; mais au milieu de ce mouvement tumultueux de la circulation, la conjonctive, à ma grande surprise, ne présentait pas la moindre trace d'injection ; la tête n'était pas douloureuse.

Le lendemain cet organe s'apaisait (sans autres crises appréciables qu'un peu d'épistaxis ou d'otorrhée que j'ai observées de tout temps) ; dans plusieurs cas très intenses, un érythème scarlatineux se montrait sur les membres et aux fesses et disparaissait dans les vingt-quatre heures, et la maladie passait à la convalescence sans obstacle ni retard.

Toutes les fois que chez des hommes atteints moins gravement

(1) Avant d'avoir songé à employer les fomentations, et dans la prévision des accidents cérébraux qui surviennent trop souvent, je faisais appliquer des vésicatoires aux jambes et aux cuisses des hommes très gravement frappés par l'épidémie.

Ceux que Pierre avait aux cuisses s'étaient gangrenés, et ajoutaient ainsi une nouvelle complication à son état.

et pour lesquels je n'avais point eu recours aux fomentations, il survenait de la somnolence, de la céphalalgie, ou une forte coloration de l'œil, en quelques heures, je parvenais à dissiper ces phénomènes, par l'application d'une compresse sur le front.

Il serait difficile de donner une idée du changement qui depuis huit jours s'est opéré dans l'aspect de mon service ; excepté les entrants de la veille ou du jour même, tous les autres malades perdent immédiatement le cachet de l'affreuse maladie dont ils ont été frappés.

En somme, sous l'empire de ces fomentations, la tête se dégage, l'œil perd sa coloration morbide ; la circulation se ranime et s'accélère visiblement ; et si je ne me trompe, elles produisent cet effet en faisant cesser la congestion passive du cerveau et en amenant la résorption de la sérosité épanchée à la surface de cet organe ; en levant ce double obstacle, elles permettent au centre cérébral de reprendre sur l'economie l'influence directrice et vitale dont celle-ci ne saurait être privée longtemps sans succomber.

Non pas que je prétende voir dans la stase veineuse encéphalique le résultat soit unique, soit immédiat de l'action du miasme cholérique. Je crois au contraire que cette stase n'est qu'un effet secondaire ; mais elle devient, relativement à la conservation de l'organisme, une affection principale et une des causes de mort les plus fréquentes, soit après la réaction commencée, en s'opposant à la répartition du sang artériel et en causant un épanchement séreux, soit au début et dans l'état algide, en interceptant, si je puis m'exprimer ainsi, l'innervation cérébrale, sans l'aide de laquelle la vie ne peut prolonger sa lutte avec la cause qui tend à la détruire.

C'est en conséquence de cette opinion que depuis quelques jours j'ai pris le parti de faire appliquer les fomentations au début de l'état algide. Il me semble tout à fait impossible qu'elles aient un effet nuisible ; et comme toutes les fois que j'en ai fait usage je les ai vues ranimer énergiquement la circulation et la calorification, je pense qu'elles doivent servir de puissant auxiliaire aux autres moyens par lesquels je m'efforce de rappeler la chaleur et le pouls.

Il ne sera peut-être pas hors de propos de vous donner en quelques mots l'histoire de deux malades récemment admis dans mes salles et qui ont été soumis à ce traitement.

Obs. I. — Roucher, fusilier au 29e de ligne, venant de la caserne de l'Archevêché, est pris de vomissements le 9 avril à neuf heures du soir ; une heure après, il entre à l'hôpital. Le

chirurgien de garde, ne trouvant pas chez lui les signes pathognomiques du choléra, le fait mettre dans une salle de fiévreux.

Au milieu de la nuit, les vomissements redoublent de fréquence et d'intensité, il survient des crampes très-violentes, une diarrhée très-abondante ; la peau se glace, la cyanose s'empare de la face et des membres, la voix et le pouls disparaissent. On le transporte dans mon service. On lui fait prendre 2 grammes d'ipécacuanha. A sept heures du matin, le 10, au moment de la visite, je le trouve offrant les symptômes du choléra le plus grave. La figure est hideusement grippée, il est extrêmement abattu; je suis obligé d'appliquer l'oreille sur la bouche pour saisir les réponses à mes questions ; la langue et l'air expiré sont tout à fait froids; l'œil est tourné en haut et on n'en voit que le blanc, toutes les fois qu'on ne fait pas parler le malade. Je fais aussitôt appliquer un emplâtre de thériaque à l'épigastre, donner quelques morceaux de glace, la potion n° 2 avec la thériaque et appliquer des fomentations chaudes sur la tête. Je prescris d'heure en heure des lotions avec la solution acétique camphrée chaude et l'infusion de menthe et de tilleul pour boisson.

A trois heures du soir, il y a encore des vomissements et des selles. La peau, sans avoir recouvré de la chaleur, est cependant moins glacée ; on commence à sentir le pouls. Le malade se plaint de douleurs à la tête, d'anxiété épigastrique et de soif. Les crampes ont presque entièrement cessé, mais il est toujours fort abattu et inquiet sur son état.

Le 11, à la visite du matin, la situation du malade s'est visiblement améliorée. Le pouls a pris du développement, la face un caractère naturel ; Roucher me dit en souriant qu'il se sent mieux ; il n'a eu que trois vomissements et quelques selles pendant la nuit ; la peau est chaude partout, excepté aux mains, qui sont encore violettes. Il a uriné une fois et ne se plaint plus que de la soif.

Je crois que, d'ici à deux jours, la convalescence aura commencé.

Obs. II. — Cormier, 22e de ligne, baraquement de la place des Invalides, âgé de 22 ans, tempérament lymphatico-sanguin, est apporté à neuf heures et demie du soir, le 7 avril.

Cet homme, d'ailleurs d'une bonne constitution, avait la diarrhée depuis trois jours. Douze heures avant d'entrer, il avait été pris de vomissements; aux termes du rapport du chirurgien de garde, le pouls était faible, les extrémités étaient presque froides ; il y avait de la cyanose, des crampes, de la diarrhée et une faiblesse remarquable.

Le 8, quand je vins à sept heures du matin, je trouvai Cormier dans l'état suivant :

Il était étendu dans le lit, sans monvement, la face entièrement cyanosée, l'œil à moitié fermé et convulsé en haut ; les mains, les bras, les jambes et les cuisses, etaient bleus ; la langue était froide, la voix éteinte, et on ne sentait de pouls nulle part. Le visage était constamment baigné d'une sueur froide, et l'épuisement porté si loin que je renonçai à l'interroger.

Je fis de suite appliquer des fomentations sur la tête, que je ne fis pas raser, par crainte d'une fatigue trop grande pour la condition du malade. Un emplâtre de thériaque fut mis à l'épigastre, et une éponge trempée dans la solution acétique camphrée chaude fut promenée d'heure en heure sur la surface du corps. Je prescrivis pour boisson l'infusion de menthe et de tilleul ; potion n° 1.

Le 9 au matin, on commençait à percevoir faiblement les pulsations de la radiale. La cyanose persistait, et la face, ainsi que le tronc, étaient jaspés de pétéchies qui ressemblaient assez, pour la forme et la couleur, aux taches de la rougeole maligne. La stupeur était encore fort grande, et l'œil présentait un peu d'injection ; la langue s'était réchauffée et enduite.

Le 10, les extrémités étaient encore bleues, mais moins froides ; la teinte était moins foncée. Il y avait eu six selles en diarrhée pendant la nuit ; le malade avait un peu uriné pour la première fois ; la langue était cha de, la face colorée ; le pouls était plus sensible que la veille, et on pouvait obtenir une réponse nette et précise du malade, quoiqu'il eût l'air encore très-endormi.

Le 11, l'extrémité des mains est encore bleuâtre ; mais la peau est assez chaude ; des marbrures foncées sont disséminées sur les membres supérieurs et inférieurs et y ont remplacé la cyanose. De larges taches rouges se montrent aux genoux, aux malléoles et aux fesses.

Le malade, abandonné à lui-même, a encore l'air de dormir ; mais il se réveille sans peine et sans lenteur, et annonce qu'il se sent assez bien ; le pouls est grand et développé, mais sans fréquence ; la voix a repris son timbre normal ; l injection oculaire remarquée la veille n'a pas augmenté ; la face est rouge et vultueuse.

Je substitue à la potion stimulante deux potions avec le carbonate d'ammoniaque (4 grammes) et le camphre, et je prescris qu'on fasse raser la tête, ce que je n'avais pas osé ordonner jusqu'alors, en raison de la grande faiblesse du sujet.

Je crois pouvoir, à dater d'aujourd'hui, espérer une issue favorable (1).

Je serais tenté de croire que, chez ces deux malades, l'emploi des fomentations, dès le moment où je les ai vus, n'a pas été sans efficacité; je pourrais multiplier les observations, car depuis le 2 avril j'ai reçu dans mes salles 40 nouveaux malades; mais ce serait pour vous et pour moi une fatigue superflue.

Ce n'est point non plus le moment d'examiner l'utilité dont ces fomentations pourraient être dans la méningite, l'hydrocéphale aiguë des enfants et l'apoplexie. J'espère que vous me permettrez de revenir sur ce sujet dans un moment plus opportun.

Ce qu'il importe en ce moment de faire remarquer, c'est que le nouveau moyen auquel j'ai eu recours dissipe et prévient avec une incontestable puissance la congestion cérébrale passive, qui est un des accidents les plus formidables du choléra, et qu'il serait vivement à désirer que dans les services des cholériques on voulût bien faire l'essai de ces fomentations, qui rendront, je crois, d'immenses services, en favorisant la réaction dans l'état algide, et en s'opposant aux accidents dont s'accompagne le retour de la chaleur et de la vie à la suite des cas graves de la maladie épidémique.

Avant de terminer cette lettre, écrite à la hâte, je tiens beaucoup à vous faire remarquer que si j'ai cru devoir affirmer que la cholérine (diarrhée incolore) ne précédait pas toujours l'invasion du choléra, je n'ai pas voulu dire par là que j'avais observé positivement des invasions sans prodromes, mais que ces prodromes, constitués presque toujours par les déjections alvines, pouvaient aussi quelquefois n'être qu'un frisson, un sentiment de malaise, une anxiété épigastrique, ou de la prostration nerveuse.

---

7. *Traitement du choléra-morbus asiatique;* rapport fait à la Société médicale du neuvième arrondissement de Paris, par le docteur Félix Hatin.

(Suite : *voir* t. III, mars 1849, p. 56.)

(Gazette médicale de Paris, N° 12; 1849.)

DEUXIÈME PARTIE.

Si le choléra est le produit de l'absorption de certains miasmes; Si ces miasmes sont transmis d'un pays à un autre, soit par

(1) Chez les deux malades cités dans cette lettre, écrite il y a deux jours, l'amélioration s'est confirmée.

l'atmosphère, soit par des individus, soit par des marchandises;

S'ils sont doués d'une pesanteur spécifique;

S'ils exercent surtout leurs ravages dans les localités humides, basses, mal aérées, où de nombreux individus sont agglomérés; si parmi ces individus, leurs victimes les plus ordinaires sont ceux dont la constitution est détériorée par la misère ou l'intempérance, ou par ces deux causes simultanément..... Nous trouverons dans tous ces faits des indications tant pour le traitement prophylactique que pour le traitement curatif.

Chap. I. — Si le choléra se transmet par l'air, il est évident que des cordons sanitaires ne l'empêcheront pas de passer.

Mais si les miasmes qui l'engendrent peuvent être transportés d'un endroit à un autre, soit par des individus sains, soit par des objets provenant des lieux contaminés, il y a peut-être imprudence à s'abstenir de toute précaution.

Laissez passer les individus, laissez passer les marchandises, dirai-je, mais purifiez-les préalablement quand ils viennent d'endroits suspects ou affectés de choléra.

Je ne m'étendrai pas sur les procédés de purification.

Il me faudrait entrer à ce sujet dans des détails incompatibles avec l'étendue d'un rapport; je me borne donc à poser ici le principe.

Un autre moyen consisterait à porter une attention spéciale sur le lieu des repas.

Si les miasmes cholérifères n'arrivent en effet aux voies digestives qu'avec les substances alimentaires, c'est sur la salle à manger que devront se concentrer nos moyens préservatifs; malheureusement beaucoup de personnes mangent dans la rue, en courant, des substances alimentaires exposées à l'air, et conséquemment susceptibles d'être contaminées par le dépôt de miasmes cholérifères.

Remarquez que cette habitude est plus particulière aux basses classes qu'aux autres.

Mais en avertissant du danger qu'il y a à manger ainsi dans la rue, chacun s'en abstiendra, et viendra chez soi satisfaire à sa faim au milieu de l'atmosphère purificatrice, et cette simple précaution devra déjà diminuer de beaucoup le nombre des invasions de la maladie.

Mais quelle sera cette atmosphère?

Si nous ne consultions que les faits généraux, nous indiquerions de prime abord les vapeurs chlorurées.

Celles-ci ont des propriétés désinfectantes bien connues; elles sont d'un facile emploi et n'on rien de très-désagréable.

Il semblerait qu'on devrait leur donner la préférence.... Cependant on a récemment proposé comme moyen prophylactique le dégagement de vapeurs ammoniacales.

On trouve dans le rapport de la commission sanitaire de 1832 de nombreux faits à l'appui de cette proposition (1). Mais jusqu'à ce qu'ils soient démontrés, nous continuerons à regarder les émanations putrides comme un danger pour la santé publique.

Il y a encore un troisième moyen d'empêcher l'introduction des miasmes.

Nous avons expliqué leur transport d'un pays à un autre, en laissant intacts les points intermédiaires par des variations dans leur pesanteur spécifique. Ne pourrait-on pas, dans les lieux bas, humides et froids, dans les rues étroites et tortueuses, allumer de grands feux ?

Ceux-ci, en rendant les miasmes spécifiquement plus légers, les disséminerait, les feraient s'élever dans l'air à une hauteur qui ne nous laisserait plus rien à craindre de leur part. Quand même ce résultat serait hypothétique, un effet plus certain serait la ventilation et la purification de ces endroits par les courants d'air établis par les foyers en combustion.

Chap. II. — Le meilleur préservatif contre une épidémie quelconque, c'est une santé parfaite. Nous devons faire tout ce qu'il faut pour la conserver, et nous abstenir rigoureusement de tout ce qui peut la compromettre. Or, l'étude des règles propres à conserver la santé, c'est l'étude de l'une des branches des sciences médicales, c'est l'hygiène tout entière. Allons-nous donc en parcourir méthodiquement les divers chapitres ? Non... Quoique toutes les fonctions soient un peu solidaires les unes des autres, elles ont cependant chacune leur hygiène spéciale, et ici nous allons nous borner à l'hygiène de la digestion.

Les conditions d'une bonne digestion sont de deux ordres : les unes sont générales ; les autres sont spéciales.

Les conditions générales sont, abstraction faite de l'intégrité des organes digestifs que nous supposons : 1° un air pur ; 2° le calme de l'esprit et du cœur ; 3° une température convenable ; 4° un exercice modéré.

§ I. La dureté de l'air tient à des mesures de salubrité tant publique que privée.

La salubrité publique demande à Paris le bon état des rues, le lavage des ruisseaux, l'éloignement des industries donnant

(1) Je rappellerai en passant que cette commission cite avec éloge le travail de notre collègue M. Deville, et lui a emprunté de nombreux éléments.

lieu à des émanations malsaines, l'aérage convenable des lieux de réunion, la surveillance des bassins et des cours d'eaux, surtout de leurs rives.

Pour que les rues soient aussi saines que possible, elles devraient être très-larges et limitées par des maisons peu élevées. C'est tout le contraire à Paris, à quelques exceptions près. Les rues sont étroites et les maisons très-élevées. Il en résulte : 1° que les habitants se meuvent habituellement au fond d'une tranchée de 50 à 60 pieds de profondeur, ce qui réunit les meilleures conditions possibles d'humidité et d'altération de l'air; 2° que les habitants, agglomérés dans des espaces insuffisants, vicient promptement, par le seul fait de leur respiration et de leurs émanations, l'atmosphère dans lequel ils vivent.

Ce sont là des inconvénients contre lesquels l'édilité parisienne lutte de toutes ses forces, et que pourtant elle ne parviendra à vaincre que dans un temps bien éloigné. Nous reconnaissons son impuissance à mieux faire, et nous arrivons à d'autres chapitres, à l'amélioration desquels il serait immédiatement possible de pourvoir.

Le nettoyage des rues n'est pas ce qu'il pourrait être. L'enlèvement des immondices est imparfait. Dans les ruisseaux notamment, les traînées de boues étalées sur leurs rives attestent qu'on les a balayées comme au festin dont parle Boileau :

« . . . . Les doigts des valets, *sur les verres* tracés,
« Attestaient par écrit qu'on les avait rincés. »

C'est une remarque qu'on peut faire journellement : le ruisseau n'est jamais plus sale que lorsqu'il vient d'être balayé. Il y a là une réforme complète à faire dans le mode d'exécution de ce nettoyage.

Mais il est une autre réforme encore plus importante à demander : c'est celle de l'arrosage. Tel qu'on le pratique aujourd'hui, il est aussi contraire à la propreté qu'à la salubrité de la voie publique. Tout le monde sait que l'effet immédiat de l'arrosage est de produire de la boue, et de nous priver ainsi du bénéfice des beaux jours ; mais ce que bien des personnes paraissent ignorer, c'est que rien ne serait plus favorable au développement de miasmes morbifères. En délayant ainsi les détritus de toute nature qui forment la poussière des rues, et en les étalant sur la chaussée, à l'action d'un soleil ardent, on fait justement tout ce qu'il faut pour les volatiliser et en imprégner l'air que nous respirons. Est-ce donc là un résultat qu'on doive acheter au prix de tant d'argent et de toutes les incommodités que nous coûte ce service ?

Que faudrait-il donc faire pour éviter ces inconvénients? Balayer à sec les chaussées et les trottoirs, et faire couler dans les ruisseaux une eau claire et limpide. Vous aurez ainsi de la propreté, de la fraîcheur et de la salubrité. Par le système suivi aujourd'hui, vous avez de la boue, des odeurs méphitiques et des miasmes morbifères.

Toute eau croupissante est un foyer d'émanations putrides. Tout le monde sait cela, et cependant nous voyons chaque année les eaux de la Seine, en se retirant, laisser à découvert des foyers de ce genre, auxquels personne ne fait attention. On les retrouve surtout dans les endroits où les égouts viennent se perdre dans la rivière. Comme modèles de ce genre, nous pouvons citer celui de la place de l'Hôtel-de-Ville, un peu au-dessus du pont d'Arcole, et celui qui descend du quai des Orfèvres dans le petit bras de la Seine, un peu au-dessus du Pont-Neuf. Chacun a pu les voir et les sentir, et MM. les préfets de Paris sont l'un et l'autre plus à même que personne de s'assurer du désagrément d'un pareil voisinage. Pourtant on paraît s'occuper peu ou point de ces foyers d'émanations.... On a des hôpitaux qu'on entretient à grands frais pour remédier aux fièvres intermittentes et typhoïdes qui naissent d'une pareille incurie... N'en coûterait il pas moins cher de chercher à les prévenir en éteignant tous les foyers d'infection? En tout temps cela serait bon et bien entendu, en temps d'épidémie, cela devient une mesure indispensable.

L'air de Paris est encore vicié par d'autres miasmes que ceux qui s'échappent du ruisseau et des égouts. Certaines industries lui en fournissent encore une large dose. Ce sont toutes celles où des matières animales ou végétales sont réunies en masses plus ou moins considérables (les chiffonniers en petit et surtout en grand, les fabricants de colle forte, les tanneurs, les équarrisseurs, les emphithéâtres d'anatomie, etc., etc.), toutes ces industries devraient être reléguées, non-seulement en dehors de la ville, mais encore au-delà des montagnes qui limitent le bassin de Paris, pour que les vents n'aient pas la même chance de nous les ramener, comme ils nous ramènent quelquefois les odeurs de Montfaucon.

Les grandes fouilles de terrain, le curage des canaux, des puits, des rivières, sont encore des circonstances propres à gâter l'air.

En temps de choléra, surtout dans la saison des chaleurs, ces travaux devraient être ajournés.

Les lieux de réunions publiques devraient être aussi l'objet d'une surveillance active. Les salles de spectacle, de concert, de clubs; les écoles, les prisons, les hôpitaux, les marchés, les ate-

liers, les manufactures, les camps, les maisons garnies, celles de bas étage surtout, où l'on trouve quelquefois trois ou quatre personnes couchant ensemble dans une pièce qui serait trop petite pour une seule, etc., etc., voilà encore autant de lieux où l'agglomération d'individus vicie promptement l'air et le prive de ses vertus réparatrices. Veiller à la ventilation et à l'exacte propreté de ces lieux, disséminer les populations trop agglomérées, sont des devoirs impérieux pour nos édiles. C'est en les accomplissant rigoureusement qu'ils auront bien mérité de la patrie et de l'humanité.

Voyons maintenant quels sont les moyens d'hygiène privée propres à conserver la pureté de l'air.

Si l'air dans lequel nous séjournons n'est pas suffisamment renouvelé, si conséquemment il contient de l'oxygène en moins et de l'acide carbonique en plus, il deviendra impropre à la revivification de notre sang, dans la proportion même de son altération. Le sang est la matière première de toutes nos sécrétions. S'il est altéré, nos organes n'en recevront qu'une incomplète réfection. Leurs fonctions languiront et tout l'organisme sera jeté dans un état de débilité qui le disposera singulièrement à subir l'impression des causes morbifiques.

Parmi les fonctions altérées, la digestion est une des premières qui ressentira les mauvais effets d'un air vicié.

Il faudra donc habiter un local aussi vaste que possible, la nuit surtout. A Paris, on est dans l'habitude de se confiner dans une petite chambre à coucher, parce que l'on croit qu'on a toujours assez de place pour dormir.....

Erreur funeste et qui nous condamne à respirer un air vicié sept ou huit heures sur vingt quatre.

Dans le jour, si le temps ne permet pas de tenir les fenêtres ouvertes constamment, on les ouvrira de temps en temps.

Mais on n'altère pas l'air seulement par le fait de la respiration pulmonaire.

Nous avons aussi nos exhalaisons naturelles qui s'imprègnent dans nos vêtements et s'y accumulent.

Les soins de propreté personnelle, les fréquents changements de vêtements, surtout de ceux-là qui nous touchent immédiatement, seront donc encore des moyens qu'il ne faudra pas négliger.

On proscrira de l'appartement, mais surtout de la chambre à coucher, toute espèce de fleurs ou de fruits.

On en éloignera également tous les animaux domestiques dont la respiration dispute à la vôtre l'oxygène qui lui est indispensable, et parmi eux surtout ceux-là dont les déjections corrompent l'air.

§ II. Toutes les passions vives troublent les fonctions digestives, soit d'une manière immédiate et brusque, soit lentement et progressivement. Une vive frayeur, un accès de colère, un chagrin violent inopinément survenu, peuvent arrêter immédiatement la digestion et donner lieu, soit à des vomissements, soit à des selles diarrhéiques, soit aux uns et aux autres simultanément.

D'une autre part, les passions tristes, comme l'inquiétude, les regrets, la haine, le dépit, les contrariétés, les idées noires, l'ennui, jettent l'organisme dans une espèce de torpeur, troublent l'appétit, rendent les digestions pénibles et incomplètes et mènent ainsi à la maladie.

Signaler ces phénomènes, c'est dire assez d'en éloigner les causes. Malheureusement cela est plus facile à dire qu'à faire ; on n'est pas effrayé, colère ou chagrin à volonté, et trop souvent tous les efforts de notre raison sont impuissants contre les justes sujets de tristesse, d'inquiétudes ou de douleur qui nous viennent assaillir. Il nous faut alors appeler au secours de la raison le changement de lieu, le mouvement en plein air, le travail, les distractions de la famille ou du monde.

La religion est aussi un baume consolateur pour ceux-là qui croient. Dans le malheur, souvent la foi s'éveille, et tel qui a maugréé toute sa vie, au jour de la douleur s'écrie : Mon Dieu !... Mon Dieu !

Pour se soustraire au malheur ou en atténuer les atteintes, tous les moyens sont bons, même la résignation. Employez donc ceux qui vous seront le plus sympathiques, mais aidez-vous, si vous voulez que le ciel vous aide. Le calme de l'esprit et du cœur sont nécessaires à l'accomplissement de vos fonctions digestives..... faites tout ce que vous pourrez pour les obtenir.

Les travaux intellectuels trop prolongés, les contentions d'esprit habituelles concentrent toutes les forces de l'économie sur l'appareil cérébral, et les détournent des fonctions végétatives. Celles-ci ne s'accomplissent plus qu'imparfaitement, et alors non-seulement l'organisme languit, mais encore il est tourmenté d'une foule de sensations morbides qui tiennent à la surexcitation du système nerveux.

Il est encore d'autres causes, moitié morales, moitié physiques, qui ont une action très-prononcée sur la digestion.

Parmi ces causes, nous devons mettre en première ligne les pertes séminales répétées, qu'elles soient ou non volontaires.

Survenues ou provoquées immédiatement après un repas, elles peuvent suspendre ou arrêter complétement la digestion. Hors de ce temps, elles sont une cause de débilité générale à

laquelle les organes digestifs sont les premiers à prendre part.

Je ne parle pas des pertes de sang. Tout le monde en connaît les effets. On sait qu'après un repas, elles provoquent la syncope et le vomissement. On sait que, trop répétées, elles détruisent les forces et favorisent l'action miasmatique. On doit donc en être très-réservé en temps d'épidémie et ne s'y soumettre en tout temps que hors le moment de la digestion.

§ III. — Il faut encore pour bien digérer une température moyenne. Si dans l'hiver on a plus d'appétit, c'est précisément parce que notre économie dépense alors plus de combustible pour entretenir cette température moyenne. Que si, malgré cette dépense, elle ne pouvait obtenir cette température, la digestion comme les autres fonctions ne s'opéreraient plus.

Un brusque refroidissement produirait encore plus promptement cet effet.

Il faut donc après le répas éviter soigneusement d'avoir froid.

La chaleur excessive n'est pas non plus favorable à la digestion.

Si l'air ambiant est plus élevé que la température propre de notre corps, presque toute la partie de nos aliments destinée à la combustion pulmonaire et la calorification qui en résulte deviennent inutiles. De là l'inappétence que nous éprouvons par les grandes chaleurs et le ralentissement des fonctions digestives.

On concevra que, si après avoir dîné avec un appétit hyperboréen, on vient s'exposer tout à coup à une chaleur tropicale, la digestion doive se ressentir de cette brusque transition.

Le froid ou le chaud appliqué même sur une partie de notre corps a aussi de fâcheux effets sur la digestion. Il serait imprudent de plonger ses pieds ou ses jambes dans l'eau froide ou dans de l'eau chaude après un repas. Tout le monde sait cela. Il y a cependant des professions qui mettent dans la nécessité d'enfreindre ce précepte d'hygiène. L'habitude peut bien corriger l'inconvénient de cette nécessité. Si cette habitude n'était pas acquise, ce ne serait pas en temps d'épidémie qu'il faudrait chercher à la prendre.

Pour nous défendre des impressions atmosphériques, nous portons des vêtements plus ou moins chauds selon les saisons. Nos vêtements n'engendrent point de chaleur par eux-mêmes, mais ils en préviennent la déperdition. En protégeant notre peau et les fonctions dont elle est chargée, ils jouent un grand rôle dans la conservation de notre santé.

Que la surface de notre corps éprouve un simple refroidisse-

ment, et les fonctions pulmonaires ou intestinales en seront plus ou moins altérées. On devra porter une sérieuse attention à ne pas quitter brusquement des vêtements chauds pour des vêtemants plus légers. Règle générale : il vaut-mieux avoir chaud que froid.

§ IV. — Parmi les causes générales qui agissent favorablement sur la digestion, nous devons ranger encore un exercice modéré.

En variant les attitudes, il favorise la marche du bol alimentaire; en faisant battre doucement le cœur, il donne de l'activité à toutes nos sécrétions; en détournant notre esprit d'une contention trop forte, il rend à nos fonctions assimilatrices toute la plénitude désirable.

Il est de beaucoup préférable au repos absolu. Celui-ci ne provoque qu'un état somnolent et conduit à l'apoplexie.

A l'autre extrémité de l'échelle, il y a le travail forcé, le travail qui exige une position fixe, une courbure constante ; celui là, il faut s'en défendre autant que possible ou du moins n'en prendre que selon ses forces.

En résumé, vivre dans une atmosphère d'une température moyenne, avoir l'esprit calme, mener une vie sage et réglée; voilà les conditions générales de santé et de bonne digestion.

Chap. II. — Outre ces conditions générales et l'intégrité des organes que nous supposons exister, il en est d'autres qui agissent plus immédiatement et plus directement sur les voies digestives : ce sont celles de l'alimentation elle-même.

§ 1er.—*De la nature des aliments.* — Les aliments sont végétaux ou animaux ; les règne minéral ne nous fournit guère que le sel.

Du pain.—Parmi les aliments empruntés aux végétaux, nous devons ranger en première ligne le pain. Dans les grandes villes, il est généralement bon et fait de farine de froment pur ou de froment et de seigle. Dans les campagnes, au contraire, il pèche souvent et par la manutention et par la composition; au lieu d'être de froment et de seigle, il est souvent fait de seigle, d'orge, de sarrasin et quelquefois de fécule de pomme de terre; au lieu d'être blanc et poreux, il est noir et souvent pâteux. Le pain de bonne qualité n'a aucun inconvénient ; il est nourrissant sans être excitant. On devra le choisir d'autant plus léger qu'on aura l'estomac plus délicat et qu'on aura une vie plus sédentaire.

Les autres aliments empruntés au règne végétal sont des racines, des graines, des gousses, des feuilles, des tiges ou des

fruits. Il sont en général d'une digestion plus difficile et portent sur le tube intestinal une irritation qui se traduit tantôt par des vents, tantôt par une liquidité des selles, tantôt par du malaise ou des coliques plus ou moins vives.

Mais les végétaux dont il faut le plus se défier, ce sont les fruits. Leur usage, même modéré, tourmente les entrailles. Les personnes dont l'estomac n'est pas solide, et chez lesquelles ils produisent des selles liquides, voire même de simples flatuosités ou des aigreurs, devront s'en passer absolument. Il en est de même des compotes ; elles ont des vertus laxatives bien connues, et devraient par cela même être proscrites. Les confitures ont moins d'inconvénient.

Les substances alimentaires empruntées au règne animal sont les différentes espèces de chairs fournies par les mammifères, les oiseaux et les poissons, les graisses, les œufs, le lard, le beurre et le fromage.

Les chairs des animaux ont des propriétés différentes, selon l'epèce, selon l'âge, et aussi selon l'état sauvage ou domestique de l'animal.

Les viandes des animaux adultes sont toniques. Parmi ces animaux, ceux qui vivent à l'état sauvage fournissent une chair plus sapide et plus excitante.

Les premières conviennent aux estomacs robustes, aux artisans des villes ; les secondes aux palais délicats ou blasés. Les unes et les autres fournissent les éléments d'une réfection énergique ; elles devront, en temps de choléra, faire la base de l'alimentation.

Les viandes des jeunes animaux (veau, agneau, poulet, pigeonneaux, perdreaux) sont moins riches en osmazome et contiennent plus de gélatine ; elles sont moins toniques, mais leur digestion est plus facile. Elles conviennent plus spécialement aux personnes sédentaires, et dont les travaux n'exigent point de grands efforts musculaires.

Les viscères de ces animaux participent des qualités de l'espèce ; cependant le foie, les reins (les rognons), la cervelle, le thymus, la langue, sont plus difficiles à digérer. Ils ne conviennent qu'aux estomacs robustes.

Il en est de même du cochon, de l'oie et du canard ; leurs chairs huileuses ne sont pas supportées par tout le monde.

Cependant, comme elles n'ont rien en elles-mêmes qui excite spécialement les entrailles, il ne faudra s'en abstenir qu'autant que l'expérience aurait démontré leur difficile digestion. *C'est*

plus sa propre individualité que la règle générale qu'il faut consulter.

Les poissons se divisent aussi en deux grandes classes sous le rapport de la digestibilité.

Les poissons à chair fine, blanche et fondante (merlans, carrelets, sole, harengs, carpe, brochets, goujons, etc.), sont une nourriture délicate. Les poissons à chair fibreuse, huileuse, plus ou moins coriace (morue, raie, anguille, homard, écrevisses, thon), sont plus lourds à l'estomac, sans avoir pour cela de propriétés purgatives, et conséquemment d'inconvénients immédiats.

La lait est pour beaucoup de personnes une cause à peu près constante de coliques et de dévoiement. Il faut le supprimer, à moins qu'un usage antérieur prolongé n'en ait démontré l'innocuité absolue.

Le fromage mou présente à peu près les mêmes inconvénients, quoiqu'à un degré moindre ; il faut le proscrire absolument, ou n'en user qu'avec modération, selon ses effets. Les autres fromages n'ont pas ces dangers ; ils ne constituent qu'une nourriture peu réparatrice.

Le beurre frais, pris en petite quantité, n'a point d'inconnients.

Les œufs sont nourrissants sous un petit volume ; ils conviennent surtout quand il s'agit de modérer un cours de ventre.

Mais la plupart de nos aliments sont des composés de substances animales et végétales. Malgré leurs combinaisons culinaires, ils conservent les propriétés de leurs éléments. Ce que nous avons dit de ceux-ci pourra donc déjà servir à nous guider.

On jugera ainsi *à priori* la quantité d'un ragoût d'après les vertus connues de ses ingrédients.

De même pour les bouillons et les potages.

Parlons maintenant des boissons.

Le vin est tonique et généreux ; pris pur, ou plutôt coupé avec de l'eau, son usage habituel est avantageux.

La bière est sans inconvénient pour ceux qui l'aiment.

Le cidre est souvent purgatif. Méfiez-vous-en.

Il en est de même des vins nouveaux et encore sucrés : ils provoquent la diarrhée. *Or, en temps d'épidémie de choléra, c'est des substances qui provoquent la diarrhée qu'il faut surtout s'abstenir.*

L'usage modéré du café ou du thé après le repas, surtout quand on en a l'habitude, n'a point d'inconvénient.

Il en est de même de l'usage d'un peu d'eau-de-vie ou de

liqueur. Il serait aussi imprudent de s'en abstenir que d'en prendre uniquement en vue de prévenir le choléra.

§ II. — Toutes les substances qui font partie de notre alimentation peuvent être de qualité bonne ou mauvaise.

Règle générale, et en temps de choléra surtout : préférez la qualité à la quantité.

Nous avons indiqué le danger attaché à l'usage des fruits en général ; mais quand ces fruits sont avortés ou pourris, le danger est encore plus éminent. Il serait très-avantageux que la police en proscrivît le commerce, et ne laissât mettre en vente que des fruits sains et en pleine maturité.

§ III. — Quelles que soient la nature et la qualité des aliments, si on ne les prend pas en quantité raisonnable, on s'expose à des inconvénients.

Trop abondants, ils amènent des vomissements immédiats ou des digestions laborieuses ; trop restreints, ils ne suffisent plus à la réparation de nos pertes, ne fournissent aux excrétions alvines que des matières desséchées, qui sont plus ou moins péniblement rejetées.

L'abus du vin, des liqueurs, du café, a des inconvénients immédiats. En 1832, les cas d'invasion étaient toujours plus nombreux les premiers jours de la semaine, ce qui fit croire aux buveurs que le vin était empoisonné.

Il est donc de première nécessité d'éviter tout excès, soit d'aliments, soit de boissons. Les troubles digestifs qui suivent ces excès sont, de toutes les causes prédisposantes du choléra, la plus immédiate et la plus efficace.

§ IV. — Nous venons déjà de passer en revue bien des conditions nécessaires à la bonne digestion. Nous avons encore à en signaler quelques-unes, telles que la préparation culinaire, la mastication des aliments, le retour régulier des repas.

Règle générale : abstenez-vous des ragoûts épicés, des salaisons, des condiments excitants.

Mangez avec lenteur, et broyez exactement vos aliments avant de les avaler. Pendant la nutrition, ils s'imprégnent de salive et d'autres liquides qui les rendent plus digestibles.

Établissez une régularité parfaite dans le retour de vos repas, sinon vous jeûnerez trop longuement, ou vous vous mettrez à table avant d'avoir faim. Dans le premier cas, votre appétit surexcité vous entraînera à manger vite et beaucoup. Or ce sont là deux circonstances très-propres à donner une mauvaise digestion. Dans le second cas, vous imposerez à votre estomac, incomplétement remis de la fatigue d'un premier repas, une fatigue

nouvelle, qui bien certainement sera un obstacle à l'accomplissement normal de ses fonctions. Ces aliments, mal digérés, seront pour vos entrailles une source féconde de troubles et de dangers.

En résumé, la pureté de l'air, la salubrité de la demeure, la propreté, la sobriété, le choix des aliments, la régularité des habitudes, la modération dans le travail et encore plus dans les plaisirs : voilà les moyens les plus efficaces pour échapper à l'invasion du mal.

Ai-je besoin d'ajouter que, si l'on peut y joindre une certaine dose de fermeté d'âme, la préservation n'en sera que plus certaine ?

On s'effraye en général d'autant plus qu'on voit les cas d'invasion se multiplier autour de soi. On devrait au contraire réfléchir qu'on a d'autant plus de chances d'échapper soi-même qu'un plus grand nombre de personnes ont été déjà frappées. Si trois personnes sur cent doivent être atteintes, ce qui est la proportion du choléra de 1832 ; si déjà deux sont frappées, vous avez quatre-vingt-seize chances contre une mauvaise.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

8. *De l'emploi du sous-nitrate de bismuth à haute dose, dans le traitement des affections gastro-intestinales et de la cholérine*; par M. Monneret, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Bon-Secours.

(Gazette médicale de Paris, N° 15 ; 1849.)

Les recherches auxquelles je me livre depuis longtemps sur l'action thérapeutique du sous-nitrate de bismuth m'ont conduit à des résultats qui acquièrent une grande importance, aujourd'hui que les moindres troubles des fonctions digestives doivent être immédiatement combattus à l'aide d'une médication énergique. J'espère établir dans ce travail que le sous-nitrate de bismuth, administré d'une autre manière qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour, est appelé à rendre les plus grands services. Il est d'ailleurs parfaitement approprié aux indications thérapeutiques qui se présentent à chaque instant sous l'empire de l'épidémie régnante. Je l'ai administré depuis plusieurs années dans un très-grand nombre d'affections très-diverses, et j'ai pu me former une opinion bien arrêtée sur sa valeur et ses applications thérapeutiques. Je me propose d'en tracer plus tard l'histoire générale. Je me bornerai, dans cette note, à faire connaître les résultats que j'ai obtenus dans le traitement des affections gastro-intestinales. J'insisterai

principalement sur son utilité dans les flux gastro-intestinaux, quelle que soit leur nature.

Si l'on parcourt rapidement tout ce qui a été écrit sur le sous-nitrate, on voit d'abord que ce médicament est un composé pulvérulent, blanc, *tout à fait insoluble*, que les chimistes considèrent comme un nitrate de bismuth quadribasique. En supposant qu'il ait été préparé suivant les règles de l'art et qu'il ait été par conséquent *débarrassé de nitrate acide* et de tout autre composé chimique, on possède le médicament dans toute sa pureté. J'ajouterai qu'il se présente à cet état dans le commerce et qu'il n'est pas nécessaire de se préoccuper d'une autre préparation. C'est ainsi que je l'ai employé dans les conditions les plus diverses et dans différentes contrées, et toujours je l'ai trouvé identique à lui-même. J'insiste sur ce point parce que l'on pourrait alléguer, contre l'emploi des hautes doses, que le bismuth peut être innocent ou vénéneux suivant les circonstances accidentelles. Du reste, ces faits sont suffisamment connus des chimistes et des pharmaciens pour qu'il soit inutile de m'y arrêter plus longtemps.

Le sous-nitrate de bismuth, encore appelé *magistère de bismuth* ou blanc de fard, est un médicament très-ancien, sur les doses duquel on paraît être aujourd'hui entièrement fixé. La dose ordinaire est d'un gramme par jour divisé en quatre parties. On le voit figurer le plus ordinairement dans les divers composés pharmaceutiques, et associé à d'autres médicaments à la dose de 10, 20 et 30 centigr. Les plus hardis, comme Cazal, Odier (de Genève), MM. Récamier et Trousseau, osent bien le donner jusqu'à 4 grammes par jour; or je n'hésite pas à dire que non-seulement cette dose ne peut causer aucun accident, mais encore qu'elle est inefficace dans presque toutes les affections contre lesquelles on a dirigé le médicament. C'est ainsi que dans les gastralgies simples ou liées à la chlorose, à l'hystérie, à l'hypochondrie ou à des affections commençantes ou déjà confirmées de l'estomac, on ne produit des effets salutaires et manifestes qu'à la condition de dépasser de beaucoup ces doses et de les porter jusqu'à 30 ou 40 grammes et plus encore chaque jour. Pendant longtemps j'ai donné 1 à 6 grammes de sous-nitrate dans les affections gastro-intestinales qui n'ont été ni amendées ni guéries par l'usage de ce médicament. Les insuccès ont cessé lorsque, mieux instruit par l'expérience et par des recherches ultérieures, j'ai fait prendre au malade le sous-nitrate par cuillerée à café, trois, quatre et six fois par jour, c'est à dire lorsque je l'ai donné à la dose de 30, 40 et 60 grammes mêlé ou non aux ali-

ments. Au lieu de disserter d'une manière générale et d'émettre de simples assertions, il est temps de présenter les faits cliniques sur lesquels j'ai fondé les propriétés de ce médicament.

Diarrhée simple. — Nous ne sommes plus au temps où toute hypersécrétion intestinale était rapportée à une entéro-colite aiguë ou chronique. Toutefois, sans rejeter l'existence de ces diarrhées, on peut dire qu'elles sont plus rares qu'on ne l'avait prétendu. C'est surtout chez les jeunes enfants couchés dans les salles destinées aux nourrices que j'ai observé de bons effets du sous-nitrate à haute dose. L'ingestion d'un lait insuffisant par la quantité et la qualité, fourni par une mère débilitée par la misère, le travail, le chagrin ou une affection viscérale, m'a paru la seule cause de la diarrhée chez un très-grand nombre d'enfants que le sous-nitrate a guéris en trois ou quatre jours. Sur d'autres enfants sevrés et soumis à une mauvaise alimentation, dont le ventre était distendu par des gaz et qui étaient considérablement amaigris, le sel de bismuth a fait cesser tous les accidents, spécialement la diarrhée, et j'ai pu continuer ou diminuer seulement l'alimentation. Les selles ne tardent pas à s'arrêter. C'est surtout dans des diarrhées séreuses provoquées par les indigestions auxquelles sont exposés sans cesse les enfants voraces, mal nourris ou mal dirigés par leur parents, que le sous-nitrate de bismuth, à la dose de trois cuillerées à café, rend les plus grands services.

J'ai recueilli dans mes salles une foule d'observations de ce genre, que je pourrais citer au besoin. En voici une qui paraîtra sans doute décisive.

Obs.—Un enfant de 5 mois, allaité par sa mère, femme délicate et de faible complexion, était nourri avec des potages gras, des bouillies et des soupes au lait. Il avait chaque jour six à huit selles depuis cinq mois. Il était amaigri et avait de fréquents vomissements. Tout faisait craindre, à l'époque de son admission à l'hôpital, un ramollissement de la membrane muqueuse gastro-intestinale. Pendant quatre jours, l'administration de 30 grammes de sous-nitrate ne fit que réduire à deux le nombre des selles. On porta la dose à 40, puis à 50 grammes pendant huit jours, et alors les vomissements furent supprimés ; chaque jour il n'y eut plus qu'une seule selle, noire et à demi solide. Je fis continuer pendant quinze jours le bismuth à la dose de 20 grammes, et depuis cette époque les digestions sont devenues tout à fait naturelles ; l'embonpoint et les forces ont reparu chez le jeune malade.

Cette observation prouve d'abord l'efficacité du sous-nitrate

dans une diarrhée chronique et de nature suspecte ; elle montre en outre qu'on peut donner à très-haute dose, pendant longtemps (vingt-cinq jours) et impunément, à de très-jeunes sujets un médicament réputé vénéneux. La suite de ce travail prouvera que cette opinion est tout à fait erronée.

Chez l'adulte, les diarrhées simples sont beaucoup plus rares que chez l'enfant ; cependant il en est qu'il est impossible de rattacher soit à une phlegmasie, soit à des ulcérations de l'intestin : telles sont, par exemple, celles que l'on observe chez les malades atteints d'affection granuleuse des reins, chez les chlorotiques, les femmes anémiées par une dégénérescence cancéreuse de l'utérus, comme j'en ai actuellement plusieurs sous les yeux, dans quelques cas d'affection chronique du cœur, ou bien encore chez des sujets en proie à une phthisie commençante. Je ne parle que de ces diarrhées que l'on voit paraître au début de maladies très-diverses, et pour la production desquelles il est impossible d'imaginer, du moins à cette époque, autre chose qu'un simple trouble de la fonction sécrétoire. En pareil cas, le sous-nitrate de bismuth à dose progressive, depuis 10 jusqu'à 40 à 50 grammes, réussit merveilleusement. Je pourrais citer plus de quarante observations pour montrer les avantages qu'il possède sur les autres médicaments, lorsqu'on l'emploie pour arrêter de semblables dévoiements. Sans anticiper sur la description de ses effets thérapeutiques, je dois faire remarquer toutefois que les diarrhées dans lesquelles le liquide est surtout séreux, ou sécrété sous l'influence de l'atonie des membranes gastro-intestinales, sont particulièrement celles où le bismuth triomphe le plus sûrement.

Diarrhées symptomatiques d'une lésion intestinale. — L'entérocolite était évidente chez plusieurs enfants qui avaient de la fièvre, une soif vive, et dont le ventre était tendu, sensible à la pression. Quelques-uns vomissaient depuis plusieurs jours. Malgré la contre-indication apparente fournie, d'un côté, par la nature de l'affection, et de l'autre par les symptômes d'irritation, j'ai administré souvent le bismuth à la dose de 16 à 30 grammes, et loin de voir la maladie s'exaspérer, j'ai toujours aperçu une diminution considérable de selles, et bientôt la diarrhée était remplacée par la constipation. Les vomissements, qui étaient sympathiques, en pareil cas cessaient également. Que si l'on s'étonnait de me voir combattre une phlegmasie de l'intestin par un agent réputé irritant, je répondrai que des faits cliniques sans nombre m'ont prouvé que le bismuth n'a pas la plus faible propriété irritante, et que tout ce que l'on a débité sur ce point

est entièrement controuvé. Je prouverai même plus loin que l'action irritante, que l'on serait tenté d'accorder à l'action mécanique que le bismuth doit exercer sur l'intestin, est une pure hypothèse, une supposition que pourrait suggérer le raisonnement et que détruit l'observation.

Du reste, voici quelques autres faits qui ne laisseront, je l'espère, aucun doute dans l'esprit du praticien. J'ai donné le bismuth à haute dose à des phthisiques chez lesquels la persistance de la diarrhée colliquative et l'ensemble des symptômes généraux devaient faire admettre l'existence d'une de ces entérites érythémateuses ou ulcéreuses, qui sont si communes en pareils cas. L'usage de ce médicament a été suivi, contre toute attente, d'un véritable succès, non pas chez tous les malades, mais chez le plus grand nombre qui n'avait éprouvé aucun effet salutaire de l'emploi des narcotiques ou des astringents. Il y a plus : je suis parvenu à arrêter facilement la diarrhée, si constante dans la fièvre typhoïde, chez des sujets déja entrés en convalescence, et, ce qui est plus singulier, dans le cours du second et du troisième septénaire, lorsque l'intestin grêle est le siege de vastes ulcérations. Je ne crois pas que le sel de bismuth puisse être très utile en semblable occurrence; mais son efficacité pour arrêter les évacuations alvines prouve tout au moins que les ulcérations des plaques de Peyer ne sont pas offensées par le contact de ce singulier médicament. Il m'a été fort utile, lorsque j'ai voulu soutenir de très-bonne heure les malades, à l'aide de quelques bouillons qui provoquaient une diarrhée intense, ou bien encore dans le cas où j'avais à faire accepter par l'intestin un médicament tonique ou excitant, qui aurait été repoussé sans l'intervention du bismuth.

Les diarrhées entretenues par des ulcérations ou par la phlogose de la membrane muqueuse intestinale sont arrêtées souvent avec une promptitude extrême, quoiqu'elles datent déjà d'une époque assez reculée. C'est ainsi que j'ai vu cesser, le premier ou le second, et au plus tard le troisième jour, de ces diarrhées symptomatiques que je combattais par l'usage de 40 à 50 grammes de sous-nitrate par jour. Je recommençais bientôt à nourrir les malades en leur continuant ces doses, et cependant la diarrhée ne reparaissait pas.

Je citerai à ce propos l'histoire d'un sujet atteint de colite ulcéreuse datant de douze années, et qui s'était soumis successivement et sans aucun résultat décisif à toutes les médications connues, prescrites par les médecins les plus distingués. Il était réduit à un marasme très-avancé; son unique nourriture con-

sistait en préparations lactées. L'usage du sous-nitrate de bismuth, à la dose de 60 grammes par jour, suspendit enfin la diarrhée. Le malade mêlait aux premières cuillerées de ses aliments le sel de bismuth, et il était arrivé à en prendre quatre grandes cuillerées à potage par jour. A cette condition, il digérait presque tous les aliments. L'embonpoint et le retour des forces depuis plus de dix mois me permettent de considérer sa guérison comme entièrement confirmée.

Cholérine. — Tous les médecins s'accordent aujourd'hui à reconnaître que presque toutes les attaques de choléra sont précédées de ces troubles fonctionnels que l'on a désignés sous le nom de cholérine. La constitution médicale actuelle traduit son influence de plusieurs manières : les uns éprouvent des douleurs gastralgiques accompagnées de nausées et de quelques rares vomissements ; d'autres des coliques très-pénibles avec constipation ; la plupart ont des vomissements et des évacuations alvines fréquentes. A ces symptômes s'ajoutent souvent du refroidissement, de l'anxiété, de la prostration, une soif vive et de l'agitation. Tous ces symptômes, portés à un degré extrême, rapprochent beaucoup cette cholérine du véritable choléra. Quelle que soit l'opinion que l'on se forme à ce sujet, on ne contestera pas que toute espèce de dérangement gastro-intestinal, marquée surtout par de la diarrhée, doit être promptement réprimée. Le sous-nitrate de bismuth m'a rendu sous ce rapport les plus grands services, et m'a paru bien préférable à tous les autres médicaments, pourvu qu'on l'administre à haute dose. Il convient surtout dans la cholérine qui est marquée par des nausées, des vomissements, de la gastralgie et de fréquentes évacuations alvines. Je ne compte plus les cas dans lesquels le médicament, administré à la dose de 30 à 40 grammes par jour, a suffi pour arrêter à l'instant même les symptômes précédemment indiqués, sans le secours de l'opium. Il m'a paru plus certain encore dans son action chez les malades qui ont perdu l'appétit, et qui ont depuis plusieurs jours de la diarrhée, des coliques sourdes, des borborygmes et de l'anorexie. Ils sont sûrs d'y mettre fin dans l'espace de quelques heures ; ils peuvent même vaquer à leurs occupations et prendre des bouillons et des potages, à la seule condition d'y mêler quelques cuillerées à café de poudre de bismuth. Les malades sont tout étonnés de retrouver leur appétit et leurs forces sans s'astreindre à un autre traitement. Je ne l'ai jamais vu échouer dans la diarrhée qui règne actuellement. Plusieurs médecins et élèves, qui étaient en proie à cette cholérine, n'ont point interrompu leurs travaux ni même leurs études anatomiques, le

sous-nitrate ayant amené une prompte guérison. Il faut en continuer l'usage pendant quelque temps, et l'on est sûr d'être à l'abri de toute rechute, ce qui n'est pas un des moindres avantages de cette médication. Le seul inconvénient, bien minime sans doute, est une constipation qu'il est facile de vaincre à l'aide de lavements. Depuis que le choléra a éclaté à Paris, et particulièrement dans nos hôpitaux, je fais administrer le sous-nitrate de bismuth à tous les malades couchés dans mes salles et qui sont en proie à la diarrhée, quelle qu'en soit la cause. Sur quatre-vingt-onze malades, deux seulement ont été pris, l'un de choléra, l'autre de cholérine, et encore, dans ce dernier cas, la diarrhée avait été dissimulée par le malade.

La gastralgie, que l'on observe chez un grand nombre de personnes soumises à l'influence épidémique, ne cède pas moins facilement au sous-nitrate lorsqu'elle constitue toute la maladie, surtout si elle est accompagnée de diarrhée.

Gastralgie.—Je ne dirai que peu de mots de l'emploi du bismuth dans le traitement des névroses gastriques ou gastro-intestinales soit idiopathiques, soit dépendantes de l'hystérie, de l'hypochondrie, de la chlorose, de la folie, ou de toute autre affection soit locale, soit générale. Mon témoignage ne ferait que confirmer les résultats obtenus par un nombre considérable de médecins qui ont écrit sur ce sujet. Cependant j'ajouterai une remarque clinique d'une assez grande importance : j'ai vu échouer bien souvent le sous-nitrate de bismuth dans des gastralgies simples, idiopathiques et très-anciennes, parce qu'on le donnait aux doses indiquées dans tous les formulaires, c'est-à-dire à 2 ou 4 gram. Il m'a suffi de les élever à 50 ou 60 grammes pour obtenir une guérison qui semblait être au-dessus des ressources de l'art. Je me rappelle spécialement l'histoire d'un officier de marine qui, après avoir été soumis pendant une longue campagne sur mer, à une alimentation composée exclusivement de viandes salées ou conservées par la méthode Appert, fut pris d'une gastralgie intense évidemment idiopathique. L'emploi du sous-nitrate à petites doses n'apporta aucun soulagement ; à partir de l'époque où le malade se mit à manger une cuillerée à soupe de ce médicament à chaque repas, tous les symptômes gastriques disparurent et l'embonpoint ne tarda pas à reparaître. Les malades, en pareille circonstance, s'habituent si bien au sous-nitrate de bismuth, qu'ils continuent à en manger longtemps après que la gastralgie a cessé. Il est utile qu'ils obéissent à ce besoin instinctif quand la maladie est diminuée et tant qu'ils n'ont pas recouvré le plein exercice de leurs fonctions digestives.

La gastralgie idiopathique que l'on observe si fréquemment chez les personnes sédentaires, livrées à des travaux de cabinet, ou en proie à une émotion morale, ou bien chez ceux qui ont abusé des liqueurs fortes, ou du café, est du nombre des névroses gastro-intestinales contre lesquelles le sous-nitrate de bismuth a le plus sûrement réussi entre mes mains. Il m'a servi pour faire accepter par l'estomac des aliments toniques dont la digestion lente et douloureuse s'accompagnait de céphalalgie, de sommeil, de courbature et de douleur dans les membres et de cet appareil de symptômes que l'on trouve souvent réunis chez les chloro-anémiques.

Le sous-nitrate ne produit qu'un soulagemeut passager dans la gastralgie liée à une affection organique de l'estomac, excepté lorsque ce viscère sécrète une grande quantité de liquides acides.

Vomissement.—Considéré comme symptôme, le vomissement peut tenir à une simple névrose gastrique, et constituer toute la maladie; dans ce cas, le sous-nitrate à haute dose peut être utilement employé. Il est encore utile, dans le vomissement des femmes grosses, à l'approche et pendant le cours de la menstruation, quand celle-ci est douloureuse ou difficile. Mais son action m'a toujours paru moins certaine que dans les troubles fonctionnels et caractériser les maladies de la portion de l'intestin qui fait suite à l'estomac. Aussi ne réussit-elle jamais mieux que dans les cas où la digestion s'accompagne de la production de gaz, de colique et de diarrhée.

Quelle que soit la cause de la douleur qui se manifeste dans l'estomac, au moment de la digestion gastrique, il importe de recourir à l'emploi du sous-nitrate que l'on mêle aux aliments, et qui en rend le contact moins pénible pour les membranes gastriques. *(La suite à un prochain numéro.)*

V. ACCOUCHEMts, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

MALADIES DES ENFANTS. — 9. *Études sur le rachitisme des enfants du premier âge;* par A. TROUSSEAU, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et C. LASÈGUE, docteur en médecine.

(Archives générales de médecine, mars 1849.)

I. — Tout le monde sait que depuis deux siècles seulement le rachitisme a pris rang dans nos cadres nosologiques. Découverte à une époque si rapprochée de nous, la maladie venait-elle alors de se produire pour la première fois, ou méconnue jusque-là

avait-elle été seulement mieux étudiée et mieux décrite par les médecins du Collége de Londres? Cette question a été peut être encore diversement résolue.

Glisson et ses collègues, auxquels nous sommes redevables des documents les plus précieux, étaient persuadés que le rachitisme devait être classé parmi les affections nouvelles qui, comme la syphilis, le scorbut, la plique polonaise, avaient fait invasion dans différentes contrées de l'Europe. Quoique la maladie eût quelques points de ressemblance avec les fièvres lentes, l'amaigrissement, l'hydrocéphale, indiqués par les auteurs qui avaient écrit sur les maladies de l'enfance, elle s'en distinguait si formellement par ses caractères et ses symptômes, que des observateurs même inattentifs n'auraient pu commettre une semblable confusion.

C'est vers 1630 que la maladie aurait fait son apparition dans les comtés de Dorset et de Somerset. Mis sur la voie par les premières observations lues dans les assemblées du Collége de Londres, les médecins auraient également constaté sa présence dans les autres provinces situées à l'ouest de l'Angleterre et dans les comtés du midi.

Boerhaave et la plupart des médecins du 18e siècle adoptèrent l'opinion de Glisson. Van Swieten déclare n'avoir pas connaissance d'une seule citation qui permette de rapporter à une époque plus reculée l'origine de la maladie.

Quelques-uns cependant s'inscrivirent contre la manière de voir des Anglais; ils alléguèrent des passages empruntés soit à des médecins, soit à des écrivains étrangers à la science. Hippocrate avait dit : Ceux qui deviennent bossus par l'asthme et par la toux meurent avant la puberté. Horace, en choisissant un exemple pour railler les ridicules tendresses des parents, avait parlé des enfants aux jambes torses, *distortis cruribus*. Hors de ces rapprochements et de quelques autres non moins contestables, on n'a pas, il faut l'avouer, énoncé un seul fait qui, puisé dans l'observation des anciens, soit de nature à entraîner une conviction.

En laissant de côté les recherches des érudits, est-il croyable, d'après les lois générales de la pathologie, qu'une affection naisse ainsi subitement? Est-il surtout probable que, partie d'un coin de l'Angleterre, elle se soit étendue avec une telle rapidité, que les médecins contemporains eussent à se demander si le mal n'était pas contagieux? A peine l'attention est-elle éveillée par un traité sur la maladie, qu'en Angleterre, en Hollande, en

Allemagne, en France, on la retrouve, on lui donne un nom, on ne manque nulle part de constater son existence.

Quand on compulse les actes des décès relevés à Londres, on est frappé de l'étrange vitesse avec laquelle le rachitisme se répand ; mais si l'on continue d'interroger ces documents, on n'est pas moins étonné de sa marche ultérieure. Dans l'année 1634, 14 enfants sont inscrits comme étant morts rachitiques ; en 1649, on en compte 190 ; l'année suivante, leur nombre s'élève à 260 ; en 1651, il atteint le chiffre énorme de 329 ; et enfin en 1660, il va jusqu'à 521. A partir de ce moment, la proportion décroît rapidement. Nous trouvons pour l'année 1700, 393 ; cinquante ans plus tard, 21 ; et à en croire les actes de 1799, 7 rachitiques seulement auraient succombé. Plus tard (1809), un médecin anglais ne craignait pas d'écrire que cette rare affection n'était plus connue que de nom par les praticiens.

N'est-ce pas à la préoccupation des esprits disposés à trouver partout et dans tout des traces de la maladie nouvelle, plutôt qu'à des influences hygiéniques ou à des variations de l'atmosphère, qu'il convient d'attribuer de pareils résultats ?

Quoi qu'il en soit, à l'époque où le rachitisme devenait pour la première fois l'objet d'une étude suivie, on ne trouvait, même dans les souvenirs les plus rapprochés des médecins ou des habitants, rien qui permît de supposer son existence antérieure ; l'origine était inconnue, le mode de transmission inconcevable.

En présence de ces difficultés, il était naturel qu'on se demandât si la maladie, récemment décrite avec ses caractères tranchés, n'était pas une simple transformation de quelque autre déjà connue. De semblables questions étaient d'ailleurs trop conformes aux doctrines du 17e siècle, pour que les médecins hésitassent à les poser, nous dirions presque à les résoudre. La syphilis avait habitué déjà les observateurs à des métamorphoses nombreuses ; elle s'était produite chez les adultes sous des formes que l'incertitude de la science rendait encore plus sigulières ; on ignorait son mode de transmission par l'hérédité, quoiqu'on ne doutât pas de l'hérédité elle-même Toutes ces causes réunies firent que plusieurs médecins placèrent le rachitisme au nombre des transformations héréditaires de la maladie vénérienne. L'opinion qu'ils soutinrent a depuis lors conservé des partisans, Les fièvres intermittentes, alors surtout graves et fréquentes, laissent chez les jeunes enfants des altérations dont quelques-unes se rapprochent des symptômes rachitiques ; on essaya, mais sans succès, de confondre les deux maladies dans une même description. Enfin, frappés de la débilité, de l'amaigrissement

des sujets atteints par le mal nouveau, des auteurs n'y ont vu qu'un dépérissement, qui des muscles s'étendait au système osseux. C'était ainsi le dernier terme d'une affection connue, que le manque de soins, la misère, les circonstances défavorables, avaient portée à ses limites extrêmes. Les longues et obscures théories de Glisson étaient elles-mêmes de nature à encourager une semblable manière de voir.

On peut juger, par cet exposé succinct, des incertitudes qui régnèrent, alors que, pour ainsi dire, les pièces étaient sous la main. Pas un élément nouveau n'est venu depuis donner la solution du problème. L'expérience a appris quelles conditions semblent aider au développement de la maladie; mais comme ces conditions ont existé de tout temps, nous sommes réduits aux conjectures pour expliquer les mystères de son origine.

Il n'est pas moins intéressant et heureusement il est plus facile de rechercher si le rachitisme, depuis le moment où il est devenu l'objet d'études consciencieuses, a varié de nature. Les travaux des médecins anglais, résumés par Glisson, et publiés sous les auspices du Collége de Londres (1650), nous fournissent à ce sujet des renseignements inattaquables. Comme en même temps les observations ainsi rassemblées n'appartiennent pas seulement à l'histoire de la maladie, mais à sa description, nous croyons utile d'exposer avec détails les résultats de cette grande enquête scientifique.

Glisson, chargé d'abord, avec les docteurs Bate et Regemorter, de contribuer pour sa part à la rédaction d'un traité où les nombreux matériaux reçus par la Société seraient mis en commun, devait s'occuper de l'*essence* de la maladie. Ses idées exclusives firent craindre aux collaborateurs que l'œuvre ne manquât d'unité, et ils lui confièrent le soin de rédiger tout l'ouvrage. Malgré cette sage précaution, on retrouve encore dans le livre du professeur de Cambridge deux parts bien distinctes : l'une consacrée à des théories scolastiques plus confuses qu'originales ; l'autre, que des liens incomplets rattachent à la première, et dévolue aux faits observés. C'est la seule qu'il importe d'extraire et de reproduire.

Le rachitisme, nous l'avons déjà dit, parut d'abord dans l'ouest de l'Angleterre ; de là il s'étendit verst l'est et vers le sud, le nord en fut presque entièrement préservé. Connue, dans les comtés atteints les premiers, sous le nom de *rickets*, désignée sous le même nom dans les pays qu'elle envahit successivement, la maladie reçut des médecins assemblés une dénomination plus savante ; ils l'appelèrent νόσος ραχίτις ou simplement ραχίτης, soit

parce que le mot grec, se rapprochant de la dénomination populaire, devait prendre plus vite droit de cité, soit parce qu'il exprimait un des symptômes principaux. Ce nom, assez habilement choisi, a été moins heureusement transformé dans notre langue en celui de *rachitisme*, que nous acceptons à regret.

Les symptômes observés durant la vie furent les suivants : La peau est molle, lisse ; les muscles sont moins fermes, les articulations flexibles et relâchées. Les enfants ne peuvent se tenir sur leurs jambes, s'ils ont déjà appris à marcher, ils vacillent et finissent par refuser tout mouvement. Leur caractère participe de cet état de langueur, ils n'ont ni joies ni colères vives, ils se plaisent aux jeux les plus tranquilles. Le sommeil est bon, l'intelligence saine et souvent précoce, le visage est sérieux et méditatif.

La tête est plus grosse que de coutume, la face est pleine ; ce signe, un des premiers qui se manifestent, est aussi un des derniers qui persistent. Les muscles du tronc et des membres deviennent grêles et flasques et leur amaigrissement donne la plus exacte mesure du degré où est parvenue la maladie.

On observe du gonflement et des protubérances autour de quelques articulations, surtout à celles du carpe, moins souvent à celles du talon ; il s'en manifeste également à l'extrémité sternale des côtes, à leur point d'union avec les cartilages. Ces tumeurs ne sont que le développement excessif du tissu même de l'os.

Quelques os se courbent, principalement le tibia et le péroné, plus tard et plus rarement le radius et le cubitus ; le fémur et l'humérus peuvent eux-mêmes être incurvés. On remarque en même temps un raccourcissement des os et un défaut d'accroissement dans le sens de leur longueur. La tête se développe aussi irrégulièrement, les os du front forment une notable saillie et restent cartilagineux aux environs de la suture coronale.

Les autres sutures du crâne sont ou plus ouvertes ou plus lentes à se fermer.

La colonne vertébrale s'infléchit, se contourne en S, formant ainsi deux courbures dirigées en dedans ou en dehors, à gauche ou à droite. Il est remarquable qu'après avoir pris comme type pour dénommer la maladie les incurvations du rachis, Glisson y insiste si peu, qu'il ne les mentionne même pas parmi les signes diagnostiques.

Les dents sortent plus tard, et leur éruption est plus laborieuse ; elles branlent à la moindre occasion, quelquefois elles noircissent ou même se détachent par petits fragments. La seconde dentition n'est ni moins lente ni moins difficile.

On a conjecturé, dit Glisson, que dans cette maladie les os peuvent devenir mous comme de la cire ; nous ne l'avons jamais vu, nous ne l'avons jamais ouï dire à un témoin oculaire et digne de foi. Aussi rejetons nous comme une fable ce prétendu symptôme. Il revient à plusieurs reprises sur cette dénégation formelle et affirme que dans aucun cas il n'a trouvé les os plus flexibles et moins fragiles ; cependant il assurait en commençant que lui et ses collègues s'étaient livrés à de fréquentes autopsies.

A une époque plus avancée de la maladie, la poitrine se rétrécit sur les côtés et fait saillie en avant comme la carène d'un vaisseau ; on dirait que les parties latérales sont comprimées et repoussent le sternum.

Le ventre est gonflé, les hypochondres sont tendus. L'augmentation de volume tient en partie aux flatuosités abdominales, en partie à l'hypertrophie du foie et des autres viscères, souvent aussi à une exsudation séreuse qui occasionne une ascite plus ou moins considérable.

La respiration est difficile ; les malades toussent et sont sujets à beaucoup d'affections pulmonaires, telles que les obstructions, les tumeurs dures, les abcès, les inflammations, les adhérences de la plèvre, etc. Ils refusent souvent de se coucher sur le côté et ne gardent que le décubitus dorsal.

Les veines et les artères, excepté à la face et au cou, sont moins saillantes que la maigreur générale ne le ferait présumer, Les carotides et les veines jugulaires dépassent au contraire leur proportion normale. Les ligatures des membres déterminent une turgescence beaucoup moindre que celle qu'on observe chez les autres enfants ; le pouls perçu à l'artère radiale est faible et mou.

L'appétit, à moins que par exception il ne soit survenu de la fièvre, persiste assez régulier. Il est remarquable que les enfants rachitiques éprouvent de l'aversion pour les aliments sucrés, le miel, les sirops, etc. Les diverses excrétions n'ont rien d'anormal.

Les autopsies ont permis de constater les altérations suivantes, que Glisson recommande de ne pas attribuer expressément à l'influence du rachitisme.

Le foie, toujours augmenté de volume, conserve sa coloration et n'est le siége d'aucune lésion spéciale, à moins de complications étrangères à la maladie. La rate est également développée. L'épanchement ascitique, assez commun, n'est jamais abondant. L'estomac et les intestins, distendus par les gaz, n'offrent rien de particulier.

L'adhérence des poumons à la plèvre costale a été observée

à un degré plus ou moins avancé dans presque tous les cas, sans qu'elle soit cependant une conséquence nécessaire du progrès de l'affection ; des tumeurs résistantes formées par un sang noir et visqueux, des abcès des empyèmes, ont été constatés dans les poumons. Une seule fois on a vu les granglions bronchiques convertis presque tous en matière tuberculeuse. Les épanchements thoraciques se sont rencontrés plus fréquemment que ceux de l'abdomen. Le thymus atteint des dimensions plus considérables que celles qui répondraient à l'âge des sujets.

Le cerveau, souvent sain, adhérait quelquefois très-fortement à la dure-mère. Dans certains cas, on a constaté les lésions propres à l'hydrocéphale.

La tuméfaction des extrémites osseuses ne peut être rapportée à aucune altération organique ; les épiphyses, naturellement plus molles et plus spongieuses, conservent leurs caractères anatomiques et sont seulement plus développées.

Le rachitisme atteint les enfants avant le 6e et peut-être le 9e mois. A dater de cette époque de la vie, il devient de plus en plus fréquent jusqu'au 18e mois. Passé deux ans et demi, sa fréquence va toujours en diminuant. Une seule fois, on l'a vu affecter un enfant qui venait de naître et qui succomba trois mois après sa naissance.

Plus tôt la maladie s'est développée, plus elle est dangereuse. Dans les circonstances habituelles, elle parcourt lentement ses périodes, son début passe le plus souvent inaperçu, et à peine plusieurs mois après, son invasion se trahit-elle par des signes certains. Les affections aiguës ou chroniques et colliquatives hâtent sensiblement sa marche.

Les enfants des familles riches y sont plus sujets que ceux qui ont été élevés dans la pauvreté ou même dans la misère. Il n'est pas démontré, quoiqu'on l'ait prétendu, que les filles soient plus souvent atteintes que les garçons.

Glisson a fait une énumération longue et diffuse des causes du rachitisme ; il en rapporte l'origine à toutes les constitutions, à toutes les maladies, à toutes les erreurs de régime des parents, et finit même par accuser les loisirs excessifs et l'abus du jeu ou des spectacles. Le rachitisme était trop nouveau de son temps pour qu'il ait pu constater sa transmission héréditaire. Malgré les recherches des médecins dirigées dans ce sens, on n'avait pas découvert de parents qui, dans leur enfance, eussent souffert de la maladie.

Du côté des enfants, les causes ne se présentent pas moins

nombreuses ; mais il en est de purement imaginaires, d'autres méritent d'être mentionnées.

Tant que les enfants sont allaités, ils sont moins exposés à devenir rachitiques, parce qu'ils ne sont pas soumis aux mêmes écarts de régime. Les lieux et les saisons humides, les émanations métalliques, une nourriture trop riche et trop abondante, le défaut d'exercice, les affections débilitantes ou qui interdisent les mouvements, les tempéraments où le froid et l'humidité prédominent, la dentition, le sevrage, y prédisposent. On a vu plusieurs enfants contracter la maladie à la suite de frictions mercurielles employées contre des éruptions tenaces.

Les moyens thérapeutiques les plus contraires sont accumulés sans aucune indication utile. Les purgatifs, les émétiques, les vésicatoires, les toniques administrés à l'intérieur et à l'extérieur, deviennent l'objet d'égales recommandations. Il serait d'ailleurs impossible d'apprécier leur efficacité, attendu que les faits manquent et que l'auteur lui-même s'abstient de toute préférence. On ne trouve nulle part même des indices d'après lesquels on puisse soupçonner le plus ou moins de curabilité de la maladie.

La théorie dont les collègues de Glisson ne semblent pas avoir voulu accepter la responsabilité se résume assez facilement, si on néglige les dissertations prolixes sur l'essence primaire et secondaire, sur la constitution animale et vitale. Le sang, inégalement réparti dans des vaisseaux inégalement développés, abonde aux épiphyses osseuses et dans certains points des diaphyses; il en résulte une irrégularité dans la nutrition du système osseux, ou pour nous servir du terme classique, une alogotrophie. Ainsi l'incurvation du rachis provient de ce que les disques vertébraux, augmentés de volume dans un sens ou dans l'autre, ne peuvent conserver leur assiette naturelle. L'inflexion des articulations s'explique par une nutrition inégale des têtes osseuses, qui forment des plans diversement obliques, suivant que le côté droit ou gauche de l'épiphyse est le siége de l'hypertrophie. Aussi les frictions doivent-elles être faites sur les parties les moins saillantes, dans le but d'y appeler une plus grande quantité de sang et par suite une nutrition plus active qui rétablisse l'équilibre.

Telles sont, dans leur expression sommaire, les principales données où se résume le travail des médecins du Collége de Londres. Nous l'avons exposé sans omettre, nous le croyons, rien de ce qu'il renferme d'intéressant et de pratique. On verra, en comparant cette description avec celle qui résulte des acquisi-

tions plus récentes de la science ou de nos observations personnelles, combien ce précieux monument de la médecine du 17e siècle a conservé de valeur.

Cependant une lacune restait à remplir. Si Glisson avait observé et décrit exactement les symptômes, il ignorait, comme on a pu le voir, la nature des lésions auxquelles ils correspondent. Mayow, dans son court Mémoire consacré tout entier à faire valoir une explication hypothétique (1671), admit déjà comme un fait la mollesse et l'*incurvabilité* des os, qui depuis ne furent contestées par personne.

Glisson avait cherché si, parmi les maladies des adultes, quelqu'une n'aurait pas avec le rachitisme des enfants une sorte d'analogie. Son choix entre les divisions nosographiques n'avait pas été heureux. Préoccupé surtout de la débilité générale et du relâchement des articulations, il avait rapproché de l'affection nouvelle un état vague où les malades adultes succombent au dernier degré de l'épuisement sans paralysie. Les médecins qui fixèrent davantage leur attention sur les altérations propres au système osseux ne tardèrent pas à constater que les incurvations du rachis ou des membres n'ont pas seulement lieu dans la première enfance, mais s'observent aussi chez des individus plus avancés en âge.

L'examen des adultes, toujours plus sûr et plus facile, permit de compléter le tableau. On n'avait pas le droit de conclure de l'analogie à l'identité et d'enrichir l'histoire du rachitisme des faits empruntés à l'ostéomalacie ; mais l'attention était éveillée sur quelques points dont les enfants n'avaient pu rendre compte. La flexibilité des os fut de nouveau confirmée et mise hors de discussion. Les douleurs vives, exagérées par la pression ou spontanées, dont les parties malades sont le siége, n'avaient pas été mentionnées par les écrivains anglais ; elles furent reconnues, et devinrent par la suite un des signes utiles de la maladie.

Hors de là, presque tous les écrivains; jusqu'à nos jours, se sont contentés de reproduire d'une manière incomplète les idées émises par la commission du Collége de Londres, et d'inventer des appareils destinés à redresser les enfants qu'ils n'avaient pu guérir. Le mal rachitique continua d'être confondu par la plupart des praticiens avec les scrofules, bien qu'il n'y eût l'excuse d'aucune ressemblance, ou avec le mal de Pott. Pierre Frank lui-même a commis cette erreur dans son discours académique sur le rachitisme aigu (1788).

On comprend que nous nous abstenions de tracer l'histoire

des ouvrages, peu nombreux d'ailleurs, qui n'accrurent en rien les données de la science.

Enfin, lorsque l'anatomie pathologique eut pris le rang où nous l'avons vue s'élever, elle ne se perdit pas en vaines perquisitions, et s'appliqua exclusivement à l'examen des lésions du système osseux. La monographie de M. Guérin (1839) est encore, sous ce rapport, l'expression la plus avancée : elle est trop connue et trop justement appréciée, pour que nous jugions utile d'en reproduire même les données principales ; nous dirons seulement qu'en reconnaissant l'exactitude d'un grand nombre de ses conclusions, l'expérience ne nous permet pas de les admettre toutes. En transportant dans la description des symptômes les lois anatomiques posées par le savant auteur, on serait bientôt entraîné en dehors des limites du vrai, ou forcé de faire plier la précision de la théorie aux formes moins absolues de la réalité.

II. — Après avoir exposé ce que nos devanciers nous ont transmis d'opinions confirmées ou non par l'expérience, nous tracerons nous-mêmes un tableau du rachitisme tel que nous l'avons vu, tel qu'il se présente réellement à l'examen du praticien. Les observations sur lesquelles nous nous sommes appuyés sont nombreuses et récueillies dans des conditions toutes favorables. Elles ont trait à des enfants qui n'avaient pas encore atteint leur troisième année, qui, même à l'hôpital Necker, où nous les suivions pendant le cours entier de la maladie, n'étaient pas séparés de leurs mères, et ne différaient, sous aucun rapport essentiel, des enfants soignés dans leurs familles.

Le rachitisme des enfants, à considérer ses symptômes appréciables, et indépendamment des lésions profondes du système osseux qui échappent à l'examen de l'individu vivant, ne procède pas par périodes régulières. Toutes les divisious qu'on a proposées sont artificielles, et par suite plus nuisibles qu'utiles. Nous nous contenterons d'exposer la marche habituelle de la maladie, en reprenant avec plus de détails chacun des points sur lesquels doit se fixer davantage l'attention du médecin.

Il est rare qu'au moment de la naissance et même dans les premiers mois de la vie, quelques indices fassent présumer l'imminence de la maladie. Les enfants sains et bien constitués en subissent les atteintes comme les plus frêles et les plus débiles. S'il n'est pas possible d'estimer la prédisposition, il l'est à peine davantage de reconnaître à des prodromes l'affection qui va commencer.

On a donné comme caractères prodromiques la diarrhée continue, un état fébrile peu prononcé où le pouls serait vif et

petit, une taciturnité ou une sorte d'apathie, qui ne sont pas en rapport avec l'âge des petits malades. Une seule remarque donne à juger combien ces signes sont infidèles. C'est par exception seulement que nous assistons au début du rachitisme : les parents même les plus attentifs à la santé de leur famille n'ont aperçu aucun dérangement qui les engage à réclamer l'intervention du médecin ; quand plus tard le mal a fait des progrès dont ils s'inquiètent, ils reviennent sur des antécédents dont l'observation leur avait échappé, et c'est sur les hasards de leur mémoire que nous sommes forcés de construire l'histoire délicate des premiers accidents.

La diarrhée, il est vrai, précède le plus ordinairement l'invasion de la maladie ; mais pour qu'on soit en droit de les relier l'une à l'autre, il faut que certaines conditions indispensables soient remplies, et le plus souvent elles ne le sont pas. D'abord les exemples d'enfants rachitiques affectés de constipation persistante ne sont pas des exceptions assez rares, pour qu'on n'ait pu ranger la constipation elle-même au nombre des prodromes ; en second lieu, la diarrhée, qui a coïncidé soit avec la dentition, soit avec la cessation de l'allaitement, s'est suspendue ou a continué, est devenue intermittente ou a été même remplacée par la constipation, sans que les déviations rachitiques paraissent en avoir subi l'influence. On voit des enfants chez lesquels le dévoiement dure à peine quinze jours au moment du sevrage, qui guérissent à l'aide d'un régime bien entendu, et seulement quelques mois après apparaissent les premiers signes caractéristiques. Si l'on tient compte de l'âge où le rachitisme se développe, on ne saurait méconnaître qu'à cette époque de la vie les circonstances favorisent tellement la diarrhée que peu d'enfants y échappent complétement. Or, pour établir une relation légitime entre le relâchement du ventre et la maladie commençante, ne serait-il pas nécessaire que les désordres intestinaux eussent ou plus de durée ou plus de gravité que dans les cas ordinaires ?

Cependant une distinction utile doit être faite. Certains enfants, d'abord bien portants, pleins de vivacité, sont pris par une cause ou par une autre de diarrhée assez intense ; le mal cède, les fonctions redeviennent régulières : mais à partir de ce moment, la santé s'est pervertie ; l'amaigrissement, la faiblesse, vont toujours croissant, et au bout de quelques semaines, l'affection rachitique est déclarée. C'est qu'alors l'entérite a joué le rôle de toute maladie aiguë ; elle a déterminé de la fièvre, elle a agi en un mot comme l'eût fait, ainsi que nous le verrons, toute autre maladie fébrile.

A moins de complications, l'appétit persiste, souvent même il s'accroît, et, pour nous servir de l'expression des médecins du 17e siècle, qui l'avaient noté avant nous, les enfants deviennent voraces *(adephagi)*.

Les renseignements sur l'état du pouls sont très-incomplets, parce qu'on ne peut se fier aux récits des parents ; lorsque nous avons été à même de le constater, nous n'avons trouvé de changement ni dans sa fréquence ni dans sa plénitude. Comment supposer d'ailleurs que le rachitisme commençant s'accompagne de la fièvre, et ne la détermine plus lorsqu'il est dans la plénitude de son accroissement? L'inverse nous paraît plus près de la vérité. L'état fébrile, excité par une affection aiguë générale ou locale, semble hâter la production des accidents spéciaux. Les fièvres éruptives, les bronchites, sont pour les enfants déjà prédisposés des occasions déterminantes ; aussi trouve-t-on des observations sous le titre de *rachitis a variolis a morbillis*, etc. Nous en avons recueilli d'analogues. Il n'y avait d'ailleurs ni suppression d'exanthèmes ni substitution brusque d'une maladie à l'autre ; le rachitisme se déclarait, l'affection primitive durant encore ou pendant sa convalescence légitime.

En l'absence de prodromes, la maladie s'annonce par des symptômes propres qui se rattachent au système osseux, ou répondent à des altérations viscérales, à des troubles généraux consécutifs ou simultanés.

Les lésions rachitiques des os étudiées *sur le vivant*, c'est-à-dire dans les limites où se renferme nécessairement l'examen extérieur des malades, sont de plusieurs ordres ; elles diffèrent de forme et de degré, suivant la configuration des parties ou suivant la marche de l'affection. En supposant un type complet et parfaitement accusé de rachitisme, voici les faits qu'on observe.

La tête paraît volumineuse, et sa dimension excède souvent celle qu'on suppose convenir à l'âge du malade; l'excès de développement n'est pas tel qu'on puisse en faire un signe diagnostique ou même en tirer des inductions pour l'avenir ; le volume de la tête, comparé à celui du corps, est extrêmement variable, et on trouve beaucoup de jeunes sujets chez lesquels la tête, mesurée avec exactitude, dépasse les dimensions extrêmes constatées chez les rachitiques. Le front s'avance de manière à former une saillie notable, les sinus frontaux sont plus développés, les yeux par conséquent sont plus couverts, et peut-être est-ce à cette cause qu'il faut attribuer la physionomie sérieuse, presque triste, de quelques-uns des petits malades.

Les fontanelles sont lentes à se fermer : si le mal débute dans les premiers mois, la fontanelle antérieure reste largement ouverte ; si l'invasion n'a lieu qu'à un âge plus avancé, la fontanelle, réduite à un petit espace, conserve exactement ses limites ; l'ossification ne fait pas de sensibles progrès.

Pour comprendre la valeur de ce caractère, il importe de se représenter les dimensions normales de la fontanelle antérieure, que nous prenons pour type, et les progrès de son occlusion en rapport avec les différents âges de la vie.

L'intervalle laissé libre dans le point de jonction des sutures pariétales, fronto-pariétales et coronales, n'a chez tous les enfants ni la même grandeur ni la même forme. Dans le premier mois, il varie de 3 à 7 centimètres ; de 8 à 9 mois, les os se sont déjà rejoints, ou l'ouverture est encore de 5 à 6 centimètres, sans aucun soupçon de rachitisme ; enfin, bien qu'à 16 mois elle soit le plus souvent fermée, nous l'avons trouvée de 3 centimètres. Les mesures prises d'une suture pariéto-frontale à l'autre ne donnent pas toujours les mêmes résultats que ceux qu'on obtient en mesurant de la suture coronale encore imparfaite à celle des pariétaux entre eux ; la longueur ou la largeur prédomine, sans qu'on puisse établir aucune règle quant au rapport des deux dimensions ; enfin les angles rentrants formés par les os offrent d'assez grandes variétés, pour que la fontanelle représente tantôt une losange presque géométrique, tantôt une simple déhiscence cruciale.

Chez les enfants rachitiques, l'accroissement des os du crâne semble interrompu. Il en résulte que les espaces où la matière osseuse ne s'est pas encore déposée conservent la grandeur qu'ils avaient au moment où la maladie a fait son apparition. La fontanelle ne s'élargit pas, mais elle ne tend pas davantage à se rétrécir, malgré le progrès de l'âge. Cet arrêt de développement laisse donc subsister l'état antérieur, et par conséquent nous devons retrouver des variations analogues à celles que nous présentent les individus sains. Ainsi, en prenant pour exemple 6 enfants rachitiques parvenus à leur deuxième année, la mensuration nous donne, comme termes extrêmes, 15 millimètres et 5 centimètres. Dans certains cas, nous avons constaté, même à 18 mois et alors que le rachitisme ne pouvait laisser aucun doute, l'entière occlusion de la fontanelle. A en juger par ces chiffres, le rachitique âgé de 2 ans se trouverait, quant à la conformation du crâne, dans les mêmes conditions qu'un enfant de 8 à 9 mois.

Ce résultat curieux est d'accord avec ce que l'expérience nous

enseigne. C'est, en effet, du 8e au 9e mois que commence presque toujours la maladie, et c'est à dater de ce moment que la formation des os qui devraient se rejoindre pour constituer la suture est suspendue.

Les contours de la fontanelle sont d'ailleurs aussi irréguliers qu'ils pouvaient l'être dans l'état sain; tantôt elle forme une dépression plus ou moins profonde, tantôt elle se redresse en saillie. Cette dernière disposition, la plus fréquemment observable chez les nouveau-nés, est exceptionnelle chez les rachitiques.

Les sutures restent souvent molles; celle des os frontaux se consolide tardivement.

En résumé, si la persistance de la fontanelle antérieure est un symptôme important, on aurait tort d'en faire un caractère absolu. Il faut tenir compte des variétés qu'on pourrait appeler *normales;* il faut se rappeler qu'avant d'être atteints par le rachitisme, les enfants étaient déjà soumis aux nombreuses irrégularités que nous avons signalées dans la configuration des fontanelles et dans la marche de leur ossification.

La colonne vertébrale subit des déformations moins considérables qu'on ne serait disposé à le croire d'après le nom de la maladie; ces altérations sont de deux sortes.

Le premier mode de déformation est de beaucoup le plus fréquent. Le rachis s'incurve dans le sens de ses courbures naturelles, qui se trouvent ainsi exagérées. C'est surtout à la région dorsale qu'on a lieu de l'observer; quelquefois aussi on le constate à la région lombaire. Dans le premier cas, la convexité est postérieure; dans le second, elle est antérieure. Chez un petit nombre d'individus, la courbure excessive ne commence qu'à la 5e ou 6e vertèbre du dos, et les premières vertèbres lombaires, continuant l'incurvation, contribuent à former un arc dont la concavité regarde vers le sternum. Plus rarement encore le rachis se courbe en arrière à partir des dernières vertèbres cervicales jusqu'à la 4e ou 5e vertèbre dorsale.

C'est également vers la région dorsale qu'a lieu le second mode de déformation, plus grave d'ailleurs que celui dont nous venons de parler. La colonne dévie de son plan normal, et incline au niveau du scapulum, vers le flanc droit ou le flanc gauche. Les incurvations latérales, peu prononcées chez les très-jeunes enfants, se rencontrent à peine dans le dixième des cas. On ne saurait indiquer un côté où elles se portent de préférence; elles coïncident presque toujours avec une notable augmentation des courbures naturelles. On a cité un ou deux faits

de rachitisme où la colonne vértébrale se serait infléchie en avant, de manière à faire saillie dans la cavité thoracique ; nous n'avons rencontré aucun exemple de ce genre.

A côté de ces deux espèces d'incurvations persistantes où le rachis est courbé à la manière des os longs, il en est d'autres qui tiennent à la position qu'on fait prendre à l'enfant et se modifient avec elle. La colonne vertébrale représente une série d'articulations dont la solidité semble diminuer sous l'influence du rachitisme. La tête volumineuse entraîne le cou par son poids lorsqu'elle n'est pas suffisamment soutenue ; lorsque, maintenue dans une situation verticale, elle prend son point d'appui sur le cou, on dirait que les vertèbres s'affaissent ; les malades, pour me servir de l'expression populaire, ont la tête dans les épaules. Il en est de même pour la courbure dorsale, que le poids du corps exagère tant que le rachitique est assis, et qui reprend ses proportions naturelles quand on le couche horizontalement.

Ce fait incontestable a frappé tous les observateurs ; quelques-uns en ont singulièrement exagéré l'importance, en faisant dériver les accidents plus profonds et plus durables de ces courbures accidentelles. Suivant eux, la manière vicieuse de porter ou d'emmailloter les enfants était la seule cause des déviations rachitiques. Glisson a déjà réduit à sa juste valeur une semblable opinion, qui s'était élevée de son temps, il serait inutile aujourd'hui d'en démontrer la fausseté.

Le thorax doit être examiné attentivement, parce qu'il fournit des signes fidèles et faciles à constater. Tandis que les côtes inférieures et surtout les côtes sternales s'ouvrent pour laisser plus large place au foie et aux autres organes situés au-dessous du diaphragme, les côtes supérieures entre les 3e et 6e espaces intercostaux se recourbent en dedans et rétrécissent la cavité thoracique. C'est dans l'intervalle circonscrit en avant par le bord externe du grand pectoral, en arrière par les muscles scapulaires, que s'observe cette dépression. La concavité qui en résulte est plus ou moins profonde ; quoiqu'elle se maintienne habituellement dans les limites que nous venons d'indiquer, elle peut s'étendre vers le sternum jusqu'aux cartilages.

Chacune de ces deux déformations dirigées, comme on le voit, en sens contraire, rend l'autre plus évidente. Le thorax, si l'on suppose une section transversale faite d'une aisselle à l'autre, représenterait grossièrement la forme du sablier. A quelque degré que la flexion des côtes soit portée chez les très-jeunes enfants, il est extrêmement rare qu'elle produise une saillie assez notable du sternum pour légitimer la vieille comparaison de la poitrine

des rachitiques avec celle des oiseaux. Nous n'avons pas non plus observé à l'extrémité des côtes ces gonflements qui, au dire de Glisson, marqueraient la limite des cartilages et formeraient une série de renflements à l'œil et au doigt.

Les mouvements respiratoires produisent dans le thorax ainsi déformé des changements alternatifs, mais en sens inverse de ceux qu'on connaît à l'état physiologique. L'inspiration, au lieu de dilater la poitrine et d'effacer la dépression sous-axillaire, augmente la flexion des côtes, et par suite rend plus profonde la cavité dont on avait constaté la présence. Le sternum est à peine porté en avant, la respiration s'effectue presque en totalité par le diaphragme. Aussi les rachitiques respirent-ils comme les enfants affectés de pneumonie, et peut-on constater chez eux ce sillon qui dessine les contours des dernières côtes et auquel on a donné le nom de *sillon péripneumonique*.

Non-seulement la diaphyse des côtes est ainsi contournée par le fait de la maladie, mais l'os qui a cédé à la pression extérieure de l'air n'a pas plus de résistance contre les autres pressions. La poitrine devient presque malléable ; les os sont mous, se plient sous l'effort de la main qui soutient l'enfant, et fléchissent d'autant mieux, qu'ils opposent une face concave beaucoup moins solide que n'eût été leur convexité.

Les clavicules sont fortement coudées, leurs extrémités se renflent, la diaphyse elle-même augmente de volume. Leur inflexion peut être assez considérable pour simuler une fracture. Il n'est pas rare que la lésion siége d'un seul côté.

Les omoplates s'arrondissent et doublent d'épaisseur ; au lieu d'arrêtes vives, on sent sous la peau un rebord large, inégal ; les angles s'effacent. Malgré la maigreur et la flaccidité des muscles, l'épine ne fait plus une saillie aussi nette ; les épiphyses articulaires sont molles et gonflées comme celles de la clavicule.

Les déformations rachitiques du bassin, difficiles à reconnaître pendant la vie, rentrent à peine dans l'ordre des symptômes dont nous nous occupons ; aux points où les os sont accessibles, au toucher on constate des altérations analogues à celles que subissent les omoplates.

C'est sur les membres que les médecins ont fixé plus particulièrement leur attention, et en effet, les os longs étant ceux qui se prêtent le mieux à l'examen, il était naturel qu'ils devinssent l'objet d'observations fréquentes et suivies. Comme ces lésions ont été décrites un grand nombre de fois, et que notre expérience est d'accord sur tous les points avec celle de nos devanciers, nous nous contenterons d'une énumération rapide.

Le membre inférieur et le membre supérieur présentent à peu près les mêmes phénomènes, à ne considérer les symptômes qu'à l'état fixe et indépendamment de leur marche progressive. L'humérus répond au fémur comme le tibia et le péroné au cubitus et au radius : les os courts du tarse et du carpe éprouvent les mêmes modifications.

On a distingué avec raison et étudié séparément le gonflement des épiphyses, la courbure des diaphyses, et le raccourcissement de l'os. Ces trois espèces d'altérations ne s'impliquent pas l'une l'autre ; on les trouve isolées quelquefois, le plus souvent réunies.

Les extrémités articulaires sont augmentées de volume d'une manière plus ou moins régulière ; l'hypertrophie pathologique occupe la totalité de l'épiphyse ou seulement une moitié, elle est surtout sensible quand, le rachitisme n'affectant qu'un des membres symétriques, on peut établir une comparaison entre le côté sain et le côté malade. Aucun signe particulier ne caractérise le gonflement rachitique et ne le différencie de ceux qui reconnaissent une autre cause ; au début de certaines tumeurs blanches, on voit se produire des accidents analogues. Le diagnostic serait facilement en défaut si d'autres symptômes vraiment spéciaux ne venaient se joindre aux tuméfactions articulaires. Chez les jeunes enfants qui n'ont pas dépassé le premier âge, on aurait presque le droit de s'en tenir à l'examen des parties ainsi affectées ; les scrofules sont une exception plus que rare, et les autres maladies osseuses n'appartiennent pas à cette période de la vie.

L'incurvation des diaphyses, plus constante peut-être, ne donne matière à aucune erreur ; elle distingue, et même, suivant certains auteurs, elle constitue le rachitisme. La courbure parcourt tous les degrés, depuis la déviation la plus légère jusqu'à une flexion presque anguleuse.

En même temps, les os deviennent mous et souples, ils se ployent au moindre effort avec la même aisance que les jeunes branches, et reprennent ensuite leur première direction. N'étaient les douleurs vives accusées par les cris du malade, on pourrait pousser très-loin cette sorte d'expérience sans déterminer de fracture. L'anatomie pathologique nous donnera d'ailleurs la mesure de la flexibilité des os ainsi dégénérés. On ne voit pas comment les médecins du Collége de Londres ont pu traiter de fable un fait que l'observation la plus superficielle permet de constater. Leur attention avait été cependant appelée sur ce point par les auteurs contemporains qu'ils réfutaient si vivement, et il

n'y avait pas même besoin d'autopsies pour lever les doutes.

On comprend que des os ramollis et dépourvus de résistance cèdent sous le poids qu'ils ont à supporter, on comprend que les membres inférieurs s'incurvent davantage par suite de leurs fonctions, on comprend enfin que le degré de courbure soit proportionné à l'épaisseur de la diaphyse, l'humérus, par exemple, conservant, grâce à son volume, plus de soutien que le cubitus ou le radius ; ces choses se comprennent de reste, mais à une condition, c'est que les os soient tous sous la même influence, ou mieux, si on nous passe le mot, qu'ils soient tous également rachitiques. S'il en était ainsi, il suffirait d'examiner avec soin le tibia et le péroné pour établir un diagnostic infaillible, et de l'absence de déformation spéciale de la jambe, on conclurait sûrement à la non-existence de la maladie.

Une semblable opinion, soutenue par quelques médecins, est démentie par les faits. La courbure des os longs dépend de deux éléments distincts : d'une part, l'altération du tissu osseux, quelle qu'elle soit ; de l'autre, la pression qui favorise plus ou moins l'icurvation. Or, l'expérience nous semble avoir prouvé que de ces deux éléments le premier domine tellement le second, qu'à lui seul il détermine les accidents les plus graves : ainsi, nous avons vu, comme d'autres l'avaient observé avant nous, l'humérus seul fléchi à angle obtus, et un seul fémur tellement coudé, qu'un chirurgien crut constater une fracture exempte de complication, et appliqua le bandage approprié.

L'intensité des courbures n'est donc pas proportionnelle au poids dont le membre est chargé, mais à la *quantité* du rachitisme ; leur direction répond presque toujours à celle des courbures naturelles de l'os.

En même temps qu'ils s'incurvent, les os longs augmentent de volume ; ils se gonflent dans leurs diaphyses, mais moins notablement qu'à leurs extrémités articulaires. Aucun rapport appréciable n'existe entre le degré de leur tuméfaction et celui de leur courbure. La masse musculaire interposée ne permet d'ailleurs de saisir bien exactement, ni l'état des surfaces, ni les limites de l'ampliation pathologique.

M. Guérin a insisté plus qu'aucun autre observateur sur un phénomène constaté déjà par Glisson, mais sur lequel on n'avait pas recueilli de donnée exacte ; nous voulons parler du raccourcissement ou du défaut d'accroissement en longueur des os chez les sujets rachitiques. Il résulterait des recherches nombreuses de ce médecin, que non-seulement la réduction des os affectés a lieu dans tous les cas, mais qu'elle suit des lois invariables. Le

fait en lui-même ne nous semble sujet à aucune contestation, mais sa régularité n'est pas également à l'abri du doute. Suivant M. Guérin, la réduction aurait lieu dans toutes les dimensions, elle procéderait de bas en haut, et serait représentée par une série de nombres décroissants proportionnels à l'âge du malade. Il est à regretter que l'auteur, séduit par l'apparente rigueur des chiffres, ait fait entrer dans ses calculs des éléments que l'arithmétique pouvait confondre, mais que la médecine ne permettait pas de rapprocher. La seule conclusion que nous voulions admettre, c'est que le défaut d'accroissement ou simplement le ralentissement dans la croissance en longueur des os paraît subordonné à l'intensité de la maladie. Ce caractère obéit donc à la loi commune, il est d'autant plus prononcé que l'affection est plus grave. Sur le vivant, le raccourcissement des membres est presque impossible à mesurer, souvent même on ne le constate pas dans les cas extrêmes, parce que la flexion des os diminuant leur longueur, on ne sait quelle part faire à chacun des deux modes d'altération.

Les os courts du tarse et du carpe sont soumis aux mêmes lésions que les omoplates, les os du bassin et les épiphyses des os longs.

Tels sont les signes tirés du système osseux par lesquel se manifeste le rachitisme. Nous les avons exposés tels qu'ils se présentent au lit du malade, et sans recourir aux éclaircissements que fournit l'anatomie pathologique; nous allons indiquer de même les autres symptômes principaux.

L'état des articulations fournit des indices utiles. Déjà, à l'occasion de la colonne vertébrale, nous avons mentionné leur laxité, et nous avons fait voir quelles conséquences en résultaient. Au lieu d'être maintenues en contact intime et limitées dans leurs mouvements, les surfaces articulaires se séparent au moindre effort; l'emboîtement des têtes osseuses, par quelque mécanisme qu'il s'accomplisse, a perdu sa solidité, et n'apporte plus d'obstacle aux déplacements.

Si parfait ou si étendu que soit le rachitisme, le relâchement des jointures ne devient jamais universel : il a ses lieux d'élection. Au premier rang, on doit placer l'articulation du poignet avec les os de l'avant-bras. Même dans les cas où la maladie ne semble avoir encore atteint que les membres inférieurs, le carpe n'adhère plus ni au radius ni au cubitus, comme à l'état normal, et ce défaut de coaptation se reconnaît aisément. Durant le repos du membre, le poids de la main suffit pour disjoindre les surfaces en rapport ; il se forme, partout où le contact est inter-

rompu, une sorte de sillon circulaire qui contourne le poignet, tandis qu'au niveau des apophyses xyphoïdes du radius et du cubitus, on remarque un bourrelet qui s'étend d'une apophyse à l'autre. Si on essaye de mouvoir le poignet, il se prête à des tractions extrêmes et comparables à celles que supporterait un manchon de caoutchouc ; la main se porte presque en pronation, tandis que le bras est en supination ; elle suit, en un mot, les déviations qu'on lui imprime en tous sens ; le malade n'éprouve aucune douleur.

L'articulation tibio-tarsienne est aussi très souvent compromise, mais à un moindre degré ; on y constate également le bourrelet et le sillon que nous venons de noter. Si la nourrice veut poser l'enfant sur ses jambes, il s'affaisse, et ses pieds se tournent suivant la direction dans laquelle ils se trouvent entraînés.

On voit les genoux s'incliner en dedans, sous la même influence ; les autres articulations conservent mieux leur solidité.

Il est rare que les membres symétriques soient frappés dans une égale proportion ; les accidents prédominent du côté droit ou du côté gauche ; quelquefois un seul article est ainsi relâché pendant que les autres restent intacts. Le développement des lésions osseuses ne répond nullement au progrès des lésions articulaires ; les os du carpe et les épiphyses du radius et du cubitus peuvent être gonflés ou avoir été préservés de l'influence rachitique, sans que l'articulation suive les phases de leurs altérations ou profite de leur immunité.

Les muscles sont en général maigres, flasques ; mais malgré l'importance que les médecins du siècle précédent lui ont attribuée, la faiblesse musculaire n'a rien de spécial, et la maigreur ou la flaccidité n'est pas plus considérable que dans beaucoup d'autres maladies. On a peine à comprendre comment Mayow a pu faire jouer au système musculaire un si grand rôle, et on ne voit pas en vertu de quelles observations il a émis cette théorie, que les rétractions des muscles sont la cause première des courbures des os longs.

Les diverses lésions organiques que nous avons exposées, qu'elles appartiennent aux os, aux articulations ou aux muscles, ont pour résultat de nuire au libre exercice des mouvements. Aussi en même temps que le rachitisme s'annonce par les signes précédents, il se manifeste par des désordres fonctionnels. Non-seulement l'enfant manque de forces musculaires, non seulement ses membres ne lui fournissent plus un appui solide, mais il éprouve à chaque tentative de locomotion une douleur souvent

assez vive pour lui arracher des cris et dont le siége est facile à constater. Les articulations même les plus compromises sont indolentes, et les flexions en différents sens auxquelles on les soumet n'excitent pas la moindre plainte; les muscles, tiraillés, comprimés, ne donnent lieu à aucune souffrance; les os seuls sont devenus sensibles.

Dans quelque direction qu'on presse sur les os affectés, qu'on les comprime latéralement ou dans le sens de leur longueur, qu'on cherche à les ployer ou à redresser leurs courbures, le petit malade souffre, et il est impossible de méconnaître la raison de son agitation ; du moment où on le replace dans son lit, il reprend sa tranquillité et crie de nouveau dès qu'on vient à le mouvoir. La crainte du médecin ou des assistants ne saurait être mise en cause, puisque l'enfant soulevé par sa mère pousse les mêmes cris.

Nous n'avons que des mesures bien imparfaites pour déterminer le plus ou moins de vivacité de la douleur ; c'est seulement en comparant les plaintes du malade avec l'étendue des mouvements qu'on imprime que nous en jugeons à peu près. Or, voici ce que l'observation enseigne : la douleur, proportionnée assez habituellement à la gravité des lésions osseuses, peut être un des premiers symptômes de la maladie. Avant que les déformations soient devenues visibles, les nourrices ont souvent remarqué que l'enfant pleurait lorsqu'elles le prenaient sur leurs genoux, dès qu'elles essayaient de le faire marcher ou même de le déplacer en l'asseyant sur son lit. Plus d'une fois, des mères attentives ont cherché si une écorchure de la peau ou la présence d'un corps étranger n'expliqueraient pas ces sensations douloureuses. Plus on appuie sur les os aux points où l'on a constaté des gonflements ou de la déviation, plus on occasionne de souffrance ; partout ailleurs on exerce impunément une compression beaucoup plus forte. Nous ne savons s'il se produit spontanément de la douleur, et quoiqu'il y ait lieu de le soupçonner, nous n'avons jamais eu l'occasion de nous en assurer.

Le petit rachitique a d'ailleurs une façon d'exprimer son malaise qui le distingue des autres enfants ; il crie sans se mouvoir, il n'a pas d'agitations vives, et les motifs qui le condamnent au repos sont plus puissants que le désir de se soustraire au mal qu'on lui fait ressentir.

On comprend combien la marche devient difficile lorsqu'au ramollissement des os se joint encore une douleur aiguë. Le malade, si déjà il avait tenté de faire quelques pas, si même il avait appris à marcher, renonce à des efforts qui lui deviennent

au moins pénibles ; il perd ainsi une des expressions de la gaieté, qui, chez les très-jeunes enfants, se traduit aussi bien par les mouvements du corps que par ceux de la physionomie.

Tandis que le rachitisme, par les altérations qu'il produit dans les os des membres, entrave la locomotion, il ne gêne pas moins les fonctions respiratoires en déformant la poitrine. Les côtes, incurvées en dedans, ne se prêtent plus, comme nous, l'avons déjà dit, à l'expansion et au resserrement réguliers du thorax ; au lieu de se dilater durant l'inspiration, la cavité thoracique est en partie rétrécie, et c'est aux dépens des organes abdominaux, souvent comprimés eux-mêmes par un épanchement séreux, que sa dilatation doit s'accomplir. Ajoutez à ces obstacles ceux qui résultent dans certains cas des déviations de l'épine dorsale, la débilité musculaire, l'hypertrophie du foie, et le peu de solidité articulaire des vertèbres du cou. Aussi les rachitiques ont-ils, même en l'absence de toute maladie aiguë ou chronique des poumons, la respiration courte, saccadée, insuffisante.

Les déformations osseuses du bassin ne sont jamais assez considérables dans la première enfance pour nuire aux organes contenus dans le bas-ventre ; quant à l'influence que la persistance des fontanelles, le développement des sinus frontaux, peuvent exercer sur les fonctions cérébrales, nous n'en avons aucune idée.

A la suite des symptômes fournis par les altérations des os considérées en elles-mêmes et par rapport aux organes dont elles empêchent le libre jeu, on doit ranger les accidents qui surviennent dans la dentition et que presque tous les auteurs ont mentionnés comme dépendant du rachitisme.

Ici deux questions se présentent à résoudre : quelle est l'influence du rachitisme confirmé sur la marche de la dentition ? quelle est celle qu'exerce la prédisposition au rachitisme ?

Lorsque le ramollissement des os est devenu manifeste, les dents déjà formées se détériorent peu chez les enfants du premier âge ; elles conservent en général leur solidité, leur coloration ; pour que la maladie produise sur elles quelques effets nuisibles, il faut que le sujet plus âgé entre dans la période où sans causes accidentelles la première dentition va faire place à la seconde. C'est aux enfants placés dans cette dernière condition que s'applique surtout la remarque, déjà faite par les auteurs anglais et confirmée depuis par de nombreux observateurs. L'époque naturelle de la chute des dents, appelées assez heureusement *dents de lait*, se trouve alors avancée, l'émail se fendille, les incisives deviennent comme crénelées, elles perdent de leur éclat, brunis-

sent et se détachent par écailles ; il en est de même, quoiqu'à un moindre degré, des molaires. Les très-jeunes enfants n'éprouvent que par exception de semblables accidents ; mais si les dents toutes formées sont exemptes d'altérations, celles qui restent à paraître se trouvent entravées dans leur développement. L'enfant rachitique reste sous ce rapport ce qu'il était lorsque la maladie s'est déclarée ; le travail de l'évolution dentaire est suspendu ou pour le moins ralenti, sans qu'on ait le droit cependant de convertir cette règle générale en loi absolue.

Nous avons vu, en effet, des cas où le progrès du rachitisme n'entraînait ni retards ni irrégularités. Chez un enfant de 3 ans, rachitique, les dents se succédèrent rapidement et se complétèrent pendant la deuxième année de la vie, quoique la maladie, abandonnée à elle-même, ne fût l'objet d'aucun soin de la part des parents. A ce degré, la chose est exceptionnelle, et nous l'avons observée une seule fois. Il semblerait probable que le rachitisme dût agir alors dans la mesure de son intensité, que plus il aurait d'étendue et de gravité, plus il devrait modifier la dentition. L'expérience, consultée consciencieusement à ce point de vue, ne vient pas à l'appui de la conjecture. Resterait alors à savoir si les os des mâchoires ne sont pas la cause première du désordre, et si leur ramollissement n'entraîne pas la déformation ou l'insuffisante solidité des alvéoles ; il y a là un point curieux à étudier, mais sur lequel les renseignements nous manquent. Quoi qu'il en soit, l'arrêt de développement est limité par la durée de la maladie ; il peut se prolonger pendant des mois et même pendant plus d'une année. Il est rare que la dentition s'arrête entièrement pour un laps de temps aussi long ; nous ne l'avons constaté que chez des sujets qui, avant de devenir rachitiques, avaient eu déjà une évolution dentaire anormale. Nous citerons, entre autres, un enfant qui, du 8e au 20e jour de sa naissance, perçait deux incisives, et qui à 15 mois n'en avait pas une nouvelle.

Les influences dont nous venons de parler sont donc, bien que variables dans le degré, presque toujours évidentes. Une fois le fait reconnu, on s'est demandé si, outre sa valeur comme symptôme, il n'en aurait pas une comme pronostic, et si la prédisposition, ou, comme Stahl le disait, la candidature à la maladie ne se laisserait pas prévoir par le retard de la dentition. L'expérience est d'accord, pour les deux tiers des cas, avec le raisonnement probable. Sur 25 enfants devenus rachitiques avant la deuxième année, 8 avaient deux incisives sorties du 6e au 7e mois; pour les autres, la première apparition datait du 8e; du 12e et

même du 13e mois. Il y a donc là pour le médecin matière à quelques craintes, sinon à des prévisions.

A ces symptômes, qui se rapportent aux phénomènes essentiels du rachitisme, vient s'en joindre un moins caractéristique et dont on a beaucoup exagéré l'importance.

La plupart des malades sont sujets à des sueurs assez abondantes, surtout durant la nuit ; peut-être aussi la transpiration est-elle plus augmentée à la tête qu'aux autres parties du corps. Le même fait se reproduit chez les très-jeunes enfants qu'une maladie quelconque ou même que le manque d'une bonne nourriture a profondément débilités. L'observation, pour être vraie, n'a donc rien de spécial.

Les médecins qui, les premiers, ont fait l'histoire de cette maladie avaient été frappés à tel point de l'aspect général et des signes de l'affaiblissement, qu'ils avaient presque mis au second rang les altérations du système osseux. Il en résulte qu'ils ont insisté sur des accidents vraiment secondaires, et leur manière de voir s'est propagée. La sueur nocturne n'est ni l'exception ni la règle. On aurait tort, à notre sens, de se fonder sur le fait d'une transpiration excessive pour conclure qu'un enfant a des dispositions à être atteint de rachitisme.

Tels sont, dans leur ensemble, les signes par lesquels se manifeste l'affection rachitique, que nous avons supposée immobile et complète ; reste à voir comment, en réalité, ces symptômes se groupent dans les cas observés et quels sont les modes de leurs progrès et de leur décroissance. Ce sera l'objet d'un second Mémoire.

---

10. *De la coqueluche et de son traitement* ; par le docteur Luroth, médecin cantonal à Bischwiller.

(Suite et fin : *voir* t. XII, décembre 1848, p. 130.)

(Gazette médicale de Strasbourg, n° 3, mars 1849.)

Nous passons aux malades de la seconde catégorie.

On peut diviser ces malades en deux séries ; chez les uns la coqueluche a cédé au traitement évacuant aussi promptement que si elle avait été dans sa première période, chez les autres, moins favorisés, la guérison s'est fait attendre plus longtemps, mais sans dépasser cependant le terme de 35 à 36 jours.

Coqueluche simple réduite en huit jours.

Obs. IV. — Sophie D., âgée de six ans, habituellement bien portante, est atteinte depuis neuf à dix jours d'une coqueluche avec dix à quinze quintes convulsives dans les vingt-quatre

heures, accompagnées parfois de vomissements et de mouvements fébriles.

Le 8 décembre 1835, prescription de la potion n° 1. Il y a des selles d'abord pituiteuses, ensuite bilieuses et d'un vert noirâtre.

Le 13, il n'y a plus de vomissements; les selles ont repris un aspect plus normal. Les quintes de toux ont perdu le caractère convulsif.

La potion laxative renouvelée deux fois est interrompue le 15 décembre, huitième jour du traitement, vu l'état satisfaisant de la petite malade. Dans les premiers jours de janvier 1836, quelques nouvelles quintes de toux semblent annoncer un retour de la coqueluche. La potion n° 2, administrée pendant quatre jours, suffit pour consolider la guérison.

Coqueluche intense guérie en treize jours.

Obs. V. — Louis E., âgé de neuf mois, enfant d'une constitution robuste, est atteint d'une coqueluche très-intense qui depuis sept jours est entrée dans la période convulsive. Le petit malade a de la fièvre et dépérit fortement, il vomit tout ce qu'on lui donne, les selles sont rares, le ventre est volumineux, souple, indolent. Il y a de quinze à dix-huit quintes par jour.

Le 18 janvier 1836, prescription de la potion n° 1. Elle provoque d'abord des vomissements glaireux, puis quelques selles de même nature. Ces évacuations sont suivies d'un prompt soulagement.

Dès le 21, la fièvre a cessé, l'appétit revient, les quintes de toux sont moins longues et moins nombreuses. La potion est continuée jour par jour jusqu'au 24 janvier; les quintes sont alors réduites à trois ou quatre dans les vingt-quatre heures. On continue le traitement jusqu'au 30 janvier, mais avec la potion n° 2. La guérison est alors complète et solide.

Coqueluche simple guérie en vingt et un jours.

Obs. VI. — A., âgée de cinq ans, d'une constitution délicate, avait eu en son temps une dentition fort orageuse, traversée par des accès de couvulsions, une toux suffocante, une diarrhée opiniâtre et un état général approchant du marasme. A partir de sa seconde année, elle eut une santé meilleure. En juin 1835, elle eut une rougeole simple et sans suite fâcheuse.

Le 10 novembre de la même année, je la trouve atteinte d'une coqueluche qui depuis quatre jours est entrée dans sa période convulsive. Les quintes de toux sont très-longues, et souvent

terminées par un vomissement. Du reste l'enfant est sans fièvre et a conservé son appétit.

Prescription de la potion n° 1. Évacuations alvines d'abord liquides, écumeuses, fréquentes, puis mêlées de glaires filantes et de bile.

Le 19, les vomissements cessent d'avoir lieu, l'enfant est gaie et de bonne humeur dans l'intervalle des quintes, et prend sa potion avec un vrai plaisir.

Le 22, les quintes diminuent en nombre, mais non pas encore en intensité.

Le 23, potion n° 2. Selles moins fréquentes et plus homogènes, réduction graduelle du nombre des quintes ; le 30 novembre, elles ont cessé complétement et le 1er décembre, vingt et unième jour du traitement, la potion est supprimée.

Coqueluche simple mais opiniâtre, guérie par un traitement de vingt-huit jours.

Obs. VII. — Elise J., âgée de trois ans, a passé ses deux premières années dans un état habituel de souffrance tenant à une mauvaise digestion, que signalaient une diarrhée chronique, alternant avec de la constipation, des vomissements nocturnes de matières pituiteuses, de l'inappétence, un empâtement bien marqué de l'abdomen, et un amaigrissement considérable de tout le corps. Ce fâcheux état avait été à plusieurs reprises combattu avec succès par la potion n° 3. En juin 1855, rougeole bénigne. Au mois d'août suivant, nouvel embarras muqueux des premières voies, avec vomissements glaireux spontanés. La potion ordinaire réduit ces symptômes en peu de jours, et ramène un état général satisfaisant. En octobre la cachexie pituiteuse se fait jour de nouveau, et cette fois-ci sous la forme de la coqueluche. Les quintes de toux d'abord catarrhales, puis convulsives, se terminent chacune par un vomissement ; les intervalles des quintes sont marqués par de fréquentes épistaxis ; réaction fébrile vers le soir et insomnie durant la nuit, vu la fréquence des quintes ; appétit nul, ventre paresseux.

Le 5 novembre, la maladie étant encore dans la période catarrhale, je prescris un vomitif qui provoque plusieurs évacuations par le haut, mais peu de soulagement. La toux prend peu à peu le caractère convulsif.

Le 13, prescription de la potion n° 1. Évacuations glaireuses assez abondantes par le bas ; mais les quintes continuent avec une telle intensité, que la conjonctive oculaire devient le siége d'une suffusion sanguine.

Le 22, la potion n° 1 est remplacée par la potion n° 3. La toux diminue notablement, les vomissements et les épistaxis disparaissent, la réaction fébrile tombe, l'appétit revient et l'enfant reprend un peu de gaîté.

Le 3 décembre, la même potion continuée, mais à dose graduellement moindre, ne donne plus lieu qu'à des selles presque homogènes. Il n'y a plus que trois à quatre accès de toux dans les vingt-quatre heures.

Le 10, vingt-huitième jour du traitement laxatif, elles ont cessé complétement.

Remarques En raison de ses antécédents et de sa faible constitution, l'enfant dont l'observation précède se trouvait dans des conditions très-défavorables. Il a fallu mettre de la persévérance dans le traitement évacuant, mais enfin en moins d'un mois, le succès a été aussi complet que possible.

Coqueluche simple, traitement évacuant durant trente jours. Guérison.

Obs. VIII. — Julie R. est dans sa cinquième année, lorsqu'elle est atteinte de la coqueluche. La cachexie pituiteuse s'est développée chez elle de très-bonne heure et par droit d'hérédité. Son père, d'un tempérament bilieux, est sujet depuis des années à de violentes attaques de gastralgie et d'hépatalgie. Sa mère a eu dès son enfance des maladies vermineuses, plus tard des spasmes hystériques, et depuis les premières années de son mariage, de fréquentes maladies de poitrine (pleurésies, bronchites, phthisie pituiteuse).

La petite Julie avait eu à son tour, en 1834, une affection vermineuse avec des symptômes cérébraux fort graves, puis une bronchite catarrhale, et plus tard encore un faux croup.

En mai 1835, survint une rougeole qui se compliqua d'une pneumonie intense, dont la guérison exigea un traitement de trois semaines. Après deux mois de bonne santé, notre petite malade se vit atteinte de nouveau d'une bronchite catarrhale aiguë qui céda à deux vomitifs, suivis de la potion n° 1 ci-dessus. Nouvelle trève de deux mois, mais le 23 octobre 1835, l'affection catarrhale revient et le 3 novembre elle prend le caractère de la coqueluche.

Le 10 il y avait de vingt-cinq à trente quintes dans les vingt-quatre heures, souvent avec des vomissements et des épistaxis, du reste apyrexie et appétit assez bon, ventre paresseux.

Prescription de la potion n° 1 continuée durant sept jours ; elle provoque des selles glaireuses et bilieuses. Les quintes di-

minuent en nombre, mais non pas en intensité. On donne la potion n° 2.

Le 25, quinzième jour du traitement évacuant, le nombre des quintes est réduit à quatre ou cinq, dans les vingt-quatre heures ; l'état général est satisfaisant. Les parents, supposant que la maladie allait s'éteindre, suppriment la potion évacuante ; mais dès le 29 novembre, les quintes de toux convulsive reviennent si nombreuses et si intenses, qu'on se hâte de reprendre le traitement.

Le 3 décembre, les accès de toux sont ds nouveau réduits à trois ou quatre par jour; le 9 ils ont cessé complétement, et le 12 on supprime définitivement la potion évacuante. La veille on avait vu apparaître sur le côté droit un zona bien caractérisé, qui faisait beaucoup souffrir la petite malade, et qui céda au bout de trois jours à des fomentations émollientes et à un léger évacuant à l'intérieur.

Le 17, la convalescence fut enfin complète.

Remarques. Je ne pense pas que les détails anamnestiques qui accompagnent la plupart de mes observations soient un hors-d'œuvre, car ces détails font mieux apprécier au lecteur l'individualité des malades, si importante dans la pratique journalière.

Les observations recueillies dans les hôpitaux manquent ordinairement de l'élément commémoratif, par des raisons qu'il est facile de comprendre. C'est une lacune souvent regrettable et pour le diagnostic et pour le traitement.

Le médecin, au contraire, qui exerce son art au milieu d'une population fixe et qui l'applique à des malades qu'il a vus dans les différentes phases de leur existence, peut tracer, en cas de besoin, un tableau fidèle de leurs antécédents et accroître ainsi l'intérêt de ses observations, et c'est ce que j'ai tâché de faire pour ma part.

Chez la jeune malade qui fait le sujet de la dernière observation, le traitement évacuant a dû être continué assez longtemps pour amener la guérison de la coqueluche ; mais ce résultat doit paraître satisfaisant lorsque l'on songe aux atteintes répétées que les organes respiratoires de la jeune malade avaient subies antérieurement.

L'apparition d'un zona, à la fin du traitement évacuant, est un phénomène qui s'est répété sous d'autres formes chez plusieurs de mes malades, surtout sous celle de l'*herpes phlyctende, Willan*, et sur différentes parties du corps. Ces éruptions coïncidaient assez souvent avec une amélioration notable dans l'état général des malades. Plusieurs fois le traitement évacuant m'a

paru favoriser l'apparition de ces formes exanthématiques.

Dans une épidémie de coqueluche dont j'ai rendu compte dans la *Gazette médicale de Paris*, 1833, n. 23, et où le traitement évacuant ne fut point employé, je n'ai point observé d'éruptions spontanées de la peau. Il est vrai que, par les frictions avec la pommade stibiée dont j'ai fait alors un fréquent usage, j'obtenais artificiellement un résultat analogue : le déplacement de l'activité morbide et son transport sur un organe extérieur.

Coqueluche dont la période convulsive se prolonge depuis quatre mois. Traitement évacuant, guérison en dix-sept jours.

Obs. IX. — Alexandre H., âgé de quatre ans, d'une faible constitution, est atteint, depuis quatre mois, d'une coqueluche des plus violentes, et qui a profondément altéré la santé générale : amaigrissement, pâleur générale, figure vielllie, le tête se soutenant avec peine sur les épaules ; du reste, bon appétit, mais à la première quinte de toux qui survient, vomissement de tout le contenu de l'estomac; épistaxis fréquentes, crachats quelquefois mêlés de sang, légers mouvements fébriles vers le soir ; la toux convulsive, malgré sa longue durée, persiste avec toute son intensité. Aucun traitement régulier n'a encore été dirigé contre elle.

Le 17 mai 1836, prescription de la potion n° 2. Elle est continuée jusqu'au 2 juin. Elle provoque d'abord des selles demi-liquides d'une fétidité extrême, d'un aspect noirâtre, mêlées de matières glaireuses et bilieuses; puis au bout de quelques jours, des évacuations moins fétides, d'une teinte plus claire et d'un aspect plus homogène. La toux ne change guère durant les huit premiers jours du traitement, mais les épistaxis et les crachements de sang disparaissent; puis, dans la deuxième semaine du traitement, le teint de la face commence à s'animer, les vomissements cessent, la vivacité naturelle à l'enfance revient; les quintes de toux se réduisent de quinze à deux ou trois par jour, et le 2 juin elles cessent de revenir avec le caractère convulsif.

A partir de ce moment, la santé de ce jeune malade est devenue excellente.

Il serait sans objet de rapporter un plus grand nombre d'observations de coqueluche simple, traitée par les évacuants. Celles qui précèdent suffisent, à mon avis, pour faire apprécier la valeur de la méthode curative que j'ai suivie.

Passons aux cas de coqueluche compliquée d'autres maladies. Les complications que j'ai rencontrées sont les suivantes :

1° La bronchite aiguë.
2° La pneumonie aiguë.
3° Le croup.
4° L'hydrocéphale aiguë.
5° Des convulsions épileptiques.
6° L'hydropisie ascite avec marasme.
7° Une fièvre intermittente.

Dans trois cas de cette catégorie, la complication est devenue mortelle, savoir : une fois la pneumonie aiguë, deux fois l'hydrocéphale aiguë. Dans tous les autres, l'issue a été favorable.

Coqueluche compliquée de bronchite aiguë à son début. guérie en dix jours.

Obs. X. — Louis Im., âgé de deux ans et demi, a eu au mois d'août 1835 une bronchite catarrhale qu'une potion émétisée, suivie de la potion n° 1, avait guérie en six jours.

Le 3 décembre suivant, attaque subite d'une bronchite aiguë avec oppression, gêne de la respiration, fièvre intense, langue saburrale (potion avec $0^{gm},05$ de tartre stibié). Vomissements et évacuations alvines ; la peau qui avait été sèche devient moite ; la fièvre s'apaise, et la toux, fort pénible dès le principe, prend le caractère convulsif:

Le 5, je prescris la potion n° 1. Elle purge trois à quatre fois par jour.

Le 9, l'appétit revient, la langue est nette, l'enfant se lève, la coqueluche semble avoir avorté.

Le 12, les accès sont devenus insignifiants. Le traitement est suspendu et la guérison se maintient.

Remarques. Dans ce cas et dans tous les autres du même genre que j'ai observés, le vomitif a été d'une utilité incontestable. Il ouvre, pour ainsi dire, la voie à l'action moins prompte, mais plus soutenue, des évacuants laxatifs.

En général, lorsque l'éréthisme fébrile est provoqué et entretenu par la congestion pituiteuse des organes respiratoires et du canal digestif (et c'est là le cas le plus ordinaire dans l'âge de l'enfance) et que la complication avec la coqueluche est imminente, il est expédient de commencer par l'administration d'un vomitif. Ce moyen produit une secousse prompte et ordinairement salutaire; les laxatifs, donnés au milieu de l'éréthisme fébrile, agiraient trop lentement et feraient perdre un temps précieux; mais une fois le premier avantage obtenu à l'aide des vomitifs, on passe immédiatement au traitement évacuant par le bas, sans laisser à l'embarras des produits sécrétoires le temps

de se reproduire. L'observation m'a déjà tant de fois prouvé les avantages de cette méthode, que je la regarde comme entièrement sanctionnée par l'expérience.

Coqueluche compliquée de bronchite catarrhale et de diarrhée habituelle. Traitement laxatif, guérison en onze jours.

Obs. XI. — Albert B., âgé de trois ans, d'une faible constitution, a eu dans les premiers mois de sa vie, pendant qu'il prenait le sein d'une nourrice, une éruption dartreuse sur tout le corps avec dépérissement général et commencement de rachitis; une diarrhée muqueuse opiniâtre compliquait encore cet état. En octobre 1834, il se forma successivement sous l'un et l'autre angle de la mâchoire inférieure une tumeur froide. Ces tumeurs se transformaient en abcès d'où s'écoulait un pus séreux souvent mêlé de sang. Au mois de décembre suivant, ces abcès se fermèrent et le petit malade se rétablit. En juin 1835, il eut une rougeole intense, dont l'invasion fut accompagnée d'une toux croupale. Un vomitif la ramena à l'état de bronchite simple; mais cette toux persistant avec intensité pendant la période de desquamation, on eut recours durant six jours consécutifs à la potion n° 1; ce qui la fit céder complétement. A la suite de la rougeole, notre malade garda un flux lientérique (cinq à six selles par jour), mais l'appétit se maintint et l'état général fut satisfaisant jusqu'en mars 1836. Alors amaigrissement, toux catarrhale, fièvre nocturne.

Le 5 mars, la toux prend le caractère convulsif.

Le 8, potion laxative n° 1. Elle purge très-abondamment; on la supprime le 10.

Les selles continuent d'offrir un aspect pituiteux.

Le 11, les quintes deviennent moins intenses (Looch kermétisé).

Le 15, la toux a perdu le caractère convulsif; elle est arrivée à la période de déclin. A partir de cette époque, la santé du jeune Albert s'est raffermie complétement: la digestion si longtemps dérangée est rentrée dans l'ordre, et le développement du corps a suivi sa marche normale sans nouvelle interruption.

Remarques. Dans ce cas, l'emploi des laxatifs a dû être restreint à une courte durée, à raison de la surabondance habituelle de la sécrétion intestinale chez notre malade. La durée de la coqueluche a cependant été visiblement abrégée par l'influence du traitement laxatif.

Coqueluche compliquée de pneumonie aiguë, suivie d'encéphalite. Mort.

Obs. XII. — Louise R., âgée de quatre ans, d'une faible constitution scrofuleuse, a eu, en mars, 1835, un abcès scrofuleux à la nuque, et une ophthalmie des plus rebelles dont les rechutes se sont continuées jusqu'au mois d'octobre.

Le 26 novembre, je trouve cette enfant atteinte d'une pneumonie aiguë des mieux caractérisées, compliquée d'une coqueluche dont les quintes ont précédé de trois semaines l'invasion de la maladie aiguë, sans que l'on ait rien fait pour leur traitement. Les accès de toux sont excessivement douloureux à la jeune malade; l'ophthalmie scrofuleuse a disparu du moment où la coqueluche s'est déclarée. Le traitement dirigé contre la pneumonie (saignée trois fois répétée, sangsues, tartre stibié à haute dose, oxide blanc d'antimoine) amène, le 2 décembre, la cessation de l'extrême réaction fébrile qui a caractérisé d'abord cette maladie, mais la coqueluche a persisté avec toute son intensité et occasionne des souffrances très-vives. La malade se trouvant dans un état d'affaissement qui ne permet pas de songer aux évacuants laxatifs, je prescris des frictions avec la pommade stibiée sur le devant de la poitrine.

Le 6 décembre, pustules nombreuses, mais qui restent sans influence sur la marche de la maladie.

Le 7, convulsions, agonie prolongée, mort le 8 décembre. L'ouverture du cadavre a été refusée.

Remarques. L'inflammation aiguë qui est intervenue ici dans le cours de la coqueluche, et qui n'a cédé ni à la saignée ni aux antimoniaux, a fait obstacle au traitement de la coqueluche. Ce cas fait ressortir une contre-indication, et c'est à ce titre qu'il trouve ici sa place.

Coqueluche depuis un mois; pneumonie aiguë. Guérison après un traitement de quinze jours. Retour de la coqueluche après un mois d'intervalle; guérison définitive par le traitement laxatif.

Obs. XIII. — Madeleine W., âgée de sept ans, d'une bonne constitution, est atteinte depuis un mois d'une coqueluche dont les quintes sont très-intenses, sans qu'on ait songé à les traiter, lorsque le 5 décembre 1835 une pneumonie aiguë survint pour les compliquer. Appelé le 7, je prescrivis une potion stibiée qui donna lieu à de copieuses évacuations et diminua notablement la fièvre, l'oppression et la douleur de poitrine.

Le 9, prescription de la potion n° 1. Elle purge trois à quatre fois par jour.

Le 17, huitième jour du traitement, les quintes sont moins fréquentes, mais ont encore leur intensité primitive.

Le 21, elles ont cessé d'être convulsives, et le 22, le traitement est suspendu. La guérison parut d'abord assurée ; mais le 19 janvier 1836, de nouvelles quintes de toux convulsive commencent à se manifester. On reprend sur-le-champ le traitement évacuant en donnant la potion n° 2. Huit jours de traitement suffisent pour éteindre la toux et pour amener une guérison qui cette fois est définitive.

Remarques. Un assez grand nombre de cas analogues au précédent se sont rencontrés dans ma pratique. J'ai vu fréquemment une pneumonie aiguë venir compliquer une coqueluche qu'on avait négligé de traiter. C'est l'embarras des voies respiratoires par l'accumulation des produits de la sécrétion catharrale qui est la cause la plus active de ces phlogoses. Enlevez cette cause et vous éviterez les pneumonies. Celles-ci une fois formées, il faut les traiter à part, et ne songer à la coqueluche qu'après les avoir écartées.

Coqueluche compliquée de croup ; traitement préalable du croup, puis de la coqueluche. Guérison.

Obs. XIV. — Jules L., âgé de deux ans, fort et habituellement bien portant, est surpris, dans la nuit du 10 au 11 mai 1836, d'une violente attaque de croup. Une potion émétisée amène au dehors une masse de glaires et change le caractère croupal de la respiration et de la toux.

Le 12 mai, fièvre très-intense avec chaleur sèche (application de sangsues au cou, calomel suspendu dans du looch blanc). La réaction ne tombe qu'au bout de cinq jours et laisse le petit malade dans un état de faiblesse et d'amaigrissement très-prononcé.

Le 16, la toux réduite à l'état catharral prend le caractère convulsif. Les quintes sont surtout intenses durant la nuit.

Le 17, prescription de la potion n° 1. L'enfant la prend volontiers ; elle purge convenablement. La toux reste stationnaire jusqu'au 25 mai, avec de légers retours de fièvre le soir. A partir de là, elle diminue progressivement, l'enfant reprend son appétit et ses forces, tout en continuant la potion laxative n° 2, et le 6 juin, il est complétement rétabli.

Coqueluche d'abord simple, puis compliquée de pneumonie aiguë et d'irritation cérébrale. Mort.

Obs. XV. — Hippolyte D., âgé de dix-huit mois, avait eu à

quatorze mois une rougeole bénigne sans suite fâcheuse. Vers la fin de novembre 1835, il fut atteint d'une coqueluche pour laquelle sa mère vint me consulter une quinzaine de jours après son début. (Prescription de la potion n° 1 que l'on continue durant cinq à six jours.) Au bout de ce peu de temps, les quintes de toux sont devenues si rares et si faibles que la mère, croyant son enfant guéri, regarde comme superflu de continuer le traitement. Mais le 26 décembre, la toux revient avec une intensité nouvelle, et dès le 27 au soir elle se complique de tous les symptômes d'une pneumonie aiguë. Une application de sangsues amène une rémission dans les symptômes fébriles ; mais le 31 décembre, les extrémités deviennent le siége d'un gonflement œdémateux; le 1er janvier, surviennent des convulsions par accès très-rapprochés et l'enfant succombe le même jour.

Remarques. On voit par ce fait l'importance qu'il y a de traiter la coqueluche pendant qu'elle est à l'état simple. Une fois compliquée d'une autre maladie grave, son traitement doit céder le pas aux indications plus urgentes de l'affection secondaire.

La coqueluche ajoute à la gravité de ces affections et ne les rend que trop souvent mortelles. Il est fort ordinaire d'obtenir du traitement évacuant, en peu de jours, une amélioration telle, que les parents jugent à propos de suspendre l'usage du médicament pour épargner à leurs enfants le désagrément de prendre un remède qu'ils n'avalent souvent qu'avec une certaine répugnance.

De là des récidives qui obligent à recommencer le traitement sur nouveaux frais. Il est toujours prudent d'insister sur la continuation du traitement évacuant, tant que la coqueluche n'est pas complétement éteinte.

Coqueluche ancienne compliquée de marasme avec fièvre lente et cachexie pituiteuse. Traitement évacuant. Guerison.

Obs. XVI. — Eugène d'A., âgé de cinq ans, vint à Bischwiller avec ses parents, en janvier 1841. Cet enfant avait traversé depuis huit à neuf mois une série de maladies qui l'avaient réduit à un extrême dépérissement. Une fièvre muqueuse qui l'avait d'abord atteint s'était transformée en fièvre lente ; à celle-ci était venue se joindre depuis six semaines une coqueluche des plus intenses, qui avait débuté par un violent accès de croup. Le petit malade était dans un épuisement complet, et gardait le lit à demeure. L'appétit manque, la fièvre revient tous les soirs, les nuits sont orageuses à cause des quintes longues et multipliées de la toux convulsive. L'abdomen est volumineux, empâté, sans

douleur notable à la pression, la respiration courte et accélérée, le pouls petit et fréquent. Les médecins qui avaient traité l'enfant à Strasbourg avaient défendu à ses parents de lui donner des évacuants laxatifs et lui avaient prescrit le régime lacté, des adoucissants et enfin une décoction de Lichen d Islande pour tout médicament.

Aussi les parents de mon petit malade ne furent-ils pas peu effrayés de la proposition que je leur fis de donner des laxatifs à leur enfant, et qui plus est, de les continuer durant un certain temps. Ils ne purent ajouter foi à ma déclaration que ce serait le seul moyen de le sauver, et ce ne fut qu'à leur corps défendant qu'ils consentirent enfin à faire un essai.

Le 8 janvier, je prescris la potion n° 1. Elle provoque plusieurs selles ; mais le troisième jour du traitement, l'enfant se trouvant un peu fatigué de ces évacuations, sans qu'il y eût d'amélioration quant à la toux, les parents ne purent se décider à aller plus loin et revinrent à la décoction de Lichen. Mais au bout de quelques jours de l'emploi de ce moyen, la toux, la fièvre et l'abattement allant en croissant, je parvins à ce que l'on abandonnât enfin le petit malade à ma discrétion.

Celui-ci, sur ma promesse de le remettre en bonne santé, se décida à vaincre la répugnance qu'il avait montrée d'abord pour le laxatif prescrit, et le 18 janvier, il se mit à le prendre régulièrement. Dès le 26, il y eut une diminution sensible dans le nombre des quintes, l'amélioration fut progressive jusqu'au 2 février. Ce jour-là, une réaction fébrile momentanée sembla vouloir l'interrompre, mais elle n'eut pas de suite. La potion est continuée jusqu'au 8 février. Alors on la remplace par l'élixir anticatarrhal de Hufeland :

Rp Aq. fœnicul	30	grammes.
Aq. Lauroceros	15	—
Extr. Card. benedict. . . .	4	—
Extr. Dulcamar	1	—

M. S. quatre fois par jour 20 à 30 gouttes.

Toute fièvre a disparu, l'appétit revient ainsi que le sommeil. La toux est réduite à trois et quatre quintes nocturnes.

Le 13 février, il ne reste plus qu'une toux catarrhale qui s'éteint à son tour sous l'influence du même traitement légèrement tonique.

Le petit malade allait fort bien depuis un mois, lorsque le 28 mars il est repris de nouveaux accès de toux avec le caractère de la coqueluche. Quelques signes d'embarras muqueux des premières voies s'étant montrés en même temps, je reprends le

traitement évacuant comme ci-dessus et le fais de nouveau suivre des toniques.

Le 10 avril, la guérison est consolidée, de telle manière que depuis cette époque la santé du jeune d'A. ne s'est plus démentie.

Remarques. Dans ce cas, le traitement, évacuant d'abord et légèrement tonique ensuite, n'a pas seulement guéri la coqueluche, mais aussi d'un enfant faible, délicat et maladif depuis sa naissance, il fait un sujet robuste et d'une santé parfaitement solide. J'ai eu plus d'une fois le plaisir de constater le même résultat chez d'autres jeunes sujets qui s'étaient trouvés dans des conditions semblables, preuve évidente que le traitement évacuant avait guéri à la fois la coqueluche et la prédisposition morbide qui l'avait provoquée et entretenue.

Coqueluche simple d'abord, puis compliquée d'accès épileptiformes. Guérison.

Obs. XVII. — Marie K., âgée de seize mois, a été puiser le germe de la coqueluche à Strasbourg, où la maladie régnait dans les premiers mois de l'année 1842. Elle était revenue de là avec ses parents et sa sœur aînée, âgée de trois ans. L'affection se déclara chez l'une et l'autre enfant à peu de jours de distance. Chez l'aînée, elle resta à l'état simple et fut combattue avec succès par le traitement évacuant, continué sans interruption pendant trois semaines, durant lesquelles l'enfant ne cessa de garder sa gaîté et son appétit. Chez la cadette, au contraire, le traitement rencontra un obstable dans la répuguance que l'enfant montrait pour l'ingestion de la potion laxative et de tout médicament quelconque. Sa mère ayant insisté pour lui faire avaler de force la dose prescrite, la petite malade fut prise, le 13 mars, d'une attaque de convulsions générales ayant dans tout son ensemble la forme épileptique.

Je renonçai dès lors à l'administration du laxatif à l'intérieur, et j'ordonnai d'en donner matin st soir chaque fois 30 grammes dans un lavement d'eau de son. Il y eut ainsi cinq à six évacuations glaireuses par jour, absolument comme si la potion avait été donnée à l'intérieur; dès lors la toux convulsive cessa de croître en intensité.

Malgré le bon effet du traitement et la diminution progressive de la toux, notre petite malade eut un second accès convulsif général, le 25 mars, et un troisième le 30. Ce fut le dernier et depuis ce moment, aucun accident nerveux quelconque ne s'est plus reproduit chez elle.

Le 12 avril, la coqueluche était définitivement guérie, et la

santé de notre petite malade ne s'est plus démentie depuis.

Remarques. Ce cas est le seul de ma pratique où j'aie dû renoncer à faire prendre le laxatif à l'intérieur. Mais le traitement n'ayant rien perdu de son efficacité par le changement de son mode d'administration, rien ne s'opposerait à recourir aux lavements laxatifs, toutes les fois qu'une répugnance trop décidée du malade, ou des accidents quelconques viendraient s'opposer à l'emploi des évacuants par la voie ordinaire.

L'essentiel, c'est d'évacuer au fur et à mesure de leur production les glaires sécrétées par les muqueuses gastro-intestinale et pulmonaire. Les évacuants donnés à dose trop faible, ou dont l'effet évacuant est entravé par une cause quelconque, ne produisent aucun bien. Les doses varient selon la susceptibilité des malades; c'est au praticien à déterminer par l'expérience les limites dans lesquelles il doit se tenir.

Je termine la série de mes observations par le dernier cas de coqueluche qui se soit présenté dans ma pratique, et qui est certainement un des plus intéressants.

Coqueluche ancienne (de neuf mois) *compliquée de marasme et d'ascite. Guérison.*

Obs. XVIII. — Aline K., âgée de trois ans, a eu la coqueluche à Barr, en septembre 1847, et malgré les soins qui lui furent donnés, la maladie persistait encore au mois d'avril 1848. Ce fut le 26 de ce mois que je vis pour la première fois cette petite malade. Je la trouvai dans l'état suivant : pâleur, amaigrissement, faiblesse générale, arrivée au point que l'enfant ne peut plus se tenir debout, inappétence, constipation habituelle, tous les soirs retour d'une fièvre présentant le caractère hectique, sommeil interrompu par de fréquentes quintes de toux convulsive, ventre bouffi, volumineux, fluctuant, renfermant une collection de sérosité épanchée. La mère de la jeune malade a de la peine à croire à ma promesse de ramener son enfant à la santé, si elle consent à suivre exactement mes prescriptions. Je commence le traitement par la potion n° 1.

Le 3 mai, légère amélioration.

Le 6, addition de la teinture aqueuse de rhubarbe à la potion.

Le 9, la maladie est restée stationnaire. La constipation a reparu. Pour la vaincre et en même temps agir sur la sécrétion urinaire, qui est toujours faible, je prescris la potion suivante :

Pr. Infusion de séné compos.; eau de fenouil, . .	60	grammes;
Oxymel scillitique, ...	20	—
Liqueur de terre folié de tartre.	30	—
Extrait de chiendent.	4	—
Sirop de guimauve.	25	—

M. S. une cuillerée à bouche d'heure en heure jusqu'à effet laxatif.

Sous l'influence de cette potion continuée jusqu'au 3 juin, la petite malade se remet progressivement.

Le 7 juin, elle a repris son appétit, la toux a cessé, l'épanchement abdominal a disparu. On sent à travers les parois du bas-ventre quelques glandes mésentériques engorgées. (Bains tièdes avec le sel marin, nourriture tonique, régime animal.) Je revois la petite malade le 19 juillet, elle se porte parfaitement bien, seulement elle tarde à reprendre de l'embonpoint. Prescription de la limaille de fer, dans la forme ci-après, qui est généralement recommandable pour les enfants qui se trouvent dans un état d'atrophie :

Pr. Limaille de fer.	1	gramme.
Carbonate de magnésie.	5	—
Poudre de cannelle.	2	—
Sucre.	20	—

Une cuillerée à café matin et soir.

Ce moyen, combiné avec les bains salins et continué durant un mois, a ramené la petite Aline à une santé parfaite et solide.

Remarques.—La guérison d'une coqueluche datant de huit à neuf mois, et compliquée de marasme, de fièvre lente, d'ascite et de carreau, guérison prompte et aussi complète que possible, est un témoignage frappant en faveur de la méthode évacuante *antiblennique*. — *Naturam morborum ostendit curatio.* Cet aphorisme toujours vrai trouve ici sa pleine application.

En rapprochant la dernière de nos observations de celle rapportée sous le n° XVI, on est frappé de l'analogie que présentent les deux cas, sous le rapport de la ténacité de la maladie, de ses complications et du pronostic qui certes paraissait des plus fâcheux. Une méthode thérapeutique, qui n'abandonne pas le médecin dans des cas aussi avancés, doit reposer nécessairement sur une base physiologique rationnelle. Essayons de la déterminer.

Les deux éléments symptomatiques de la coqueluche, le catarrhe et la réaction convulsive, ont pour chaînon intermédiaire la blennopléthore, effet de l'état catarrhal et cause déterminante de la réaction convulsive. L'affection catarrhale est le fait primitif : c'est elle qui donne lieu à l'embarras, à l'*illuvies pituitosa* des premières voies, aussi bien du côté du canal digestif que du conduit respiratoire.

La blennopléthore est le fait secondaire ; elle est subordonnée à la résorption et au transport dans la masse du sang d'une partie des matières, qui constituent l'*illuvies* des premières voies.

La réaction convulsive ou la toux est le fait tertiaire ; c'est l'effort critique de l'organisme pour éloigner l'obstacle portant atteinte à son intégrité : dans le cas de la coqueluche, cet effort a pour objet d'éliminer l'embarras pituiteux des premières et des secondes voies.

La forme convulsive de la réaction de l'organisme est déterminée par la prédisposition naturelle de l'âge de l'enfance aux affections de ce genre.

Telle est dans mon opinion la filiation des phénomènes fondamentaux de la coqueluche.

En admettant ce point de vue (même à titre provisoire seulement), on est logiquement amené vers la méthode évacuante antiblennique : car le problème à résoudre, en face de chaque malade, consiste à épargner à l'organisme ses efforts convulsifs, ou du moins à les abréger en éliminant de son sein la cause qui les provoque.

La solution du problème, telle que je la propose, est déjà revêtue de la sanction de l'expérience du passé. Les évacuants, par le haut et par le bas, ont été recommandés par un grand nombre d'auteurs, tels que Fréd. Hoffmann, Astruc, Stoll, Bourdelin et Basseville (*An tussi puerorum clangosæ emesis?* Paris, 1772), Home (*Principia medicinæ*, page 122), Sauvages (*Nosol. method.*, t. III, p. 157). Lieutaud. (*Synopsis universæ prax. medic.*, p. 494), Unzer (*Der Arzt*, 4. Stück, p. 506), Mellin (*Vom Keuchhusten*, p. 36) et d'autres.

Les observations relatées dans le cours de ce travail me paraissent aussi mériter quelque considération. Reste à les confirmer ou à les infirmer par l'expérience de l'avenir.

La coqueluche n'est pas la seule forme convulsive sous laquelle puisse se manifester la blennopléthore. On observe aussi les convulsions générales qui tiennent à cette même cause, et qui, malgré leur gravité apparente, cèdent facilement aux évacuants antiblenniques.

D'autres fois, c'est sous la forme de l'asthme thymique que la blennopléthore se développe. Les évacuants antiblenniques sont encore la meilleure ressource contre cette affection si grave. (Voir l'observation que j'ai publiée à ce sujet dans la *Gazette médicale de Paris*, année 1838, p. 428.)

La coqueluche négligée, ou traitée contrairement à ses indications naturelles, donne quelquefois lieu, selon les auteurs, au

développement d'affections consécutives fâcheuses, telles que le rachitisme, le mal de Pott, les scrofules, la phthisie. Je n'ai rien observé de pareil dans les cas si nombreux de coqueluche que j'ai eu à traiter. Tout au contraire, les malades soumis au traitement évacuant ont tous éprouvé une amélioration positive et durable dans l'état de leur santé générale, indépendamment de la guérison de la toux convulsive. Des enfants faibles, et jusque-là sujets à des infirmités incessantes, sont devenus robustes et pleins de vie à la suite de la cure évacuante (voy. les obs. **VII**, **VIII**, **IX**, **XVI**, **XVIII**). Pour ces enfants, la coqueluche a été en quelque sorte un bienfait : d'une part, les efforts de la toux avaient pour effet de contribuer à l'expansion d'un poumon dont le développement proportionnel était resté en retard par une cause quelconque; d'autre part, le traitement évacuant éliminait du corps les éléments constituant la blennopléthore des premières et des secondes voies. Que cette élimination ne puisse s'accomplir qu'au moyen d'un traitement assez prolongé, cela se conçoit. Le succès de la méthode dépend de la persévérance que l'on met dans son emploi. Si nos devanciers, dont un si grand nombre avaient reconnu l'utilité des évacuants dans la cure de la coqueluche, les avaient appliqués avec la fermeté et la persévérance nécessaires, ils auraient épargné à la thérapeutique et aux malades l'amas incongru de remèdes, qu'un empirisme effréné est venu dresser en face de la maladie qui nous occupe. Dans cet amas vous avez à choisir entre la saignée, les délayants et l'opium, l'émétique et le quinquina, l'ipécacuanha et le castoréum, l'assa fœtida et le calomel, l'éther nitrique, le musc, et encore tant d'autres contradictions thérapeutiques qu'il serait sans objet d'énumérer.

Tout ce farrugo est rendu superflu par les laxatifs antiblenniques; car ces moyens sont applicables dans tous les cas de coqueluche, sauf ceux où l'inflammation d'un organe important fournit des indications d'urgence.

On demandera peut-être pourquoi j'ai donné la préférence à des formules complexes sur la prescription de laxatifs simples, déjà recommandés par les anciens : tels que la rhubarbe, la manne, le calomel? A quelques-uns mes formules paraîtront sentir quelque peu la polypharmacie. Je serais peu touché d'un pareil reproche, car le puritanisme de notre époque sur cet article ne me paraît pas de bon aloi. Nos devanciers ont, sans doute, abondé dans le luxe des ingrédients; mais nos contemporains tendent vers l'extrême contraire, par l'indigence qui règne dans leurs formules habituelles. Celles que j'ai adoptées me paraissent également éloignées des deux extrêmes. La nature fait bien

aussi de la polypharmacie à sa façon, dans les sources minérales et thermales, sans que personne songe à s'en formaliser.

Au reste, les formules que j'ai données n'ont rien de sacramentel. J'ai moi-même indiqué quelques variantes, et rien n'empêche le praticien d'y faire les modifications qu'il jugera convenables, pourvu qu'il se tienne au point de vue de la blennopléthore et qu'il en tire ses indications.

Je termine en énonçant une proposition, qui formera le point de départ d'un travail ultérieur, à savoir que la blennopléthore est la souche d'une famille naturelle de maladies variées dans leurs formes et leur siége, mais unies par leur étiologie et leur thérapeutique.

---

11. *Recherches sur la maladie scrofuleuse spécialement chez les enfants;* par le docteur HÉRARD, ancien interne des hôpitaux.

(Archives générales de médecine, avril 1849.)

PREMIÈRE PARTIE. — *Des lésions dites scrofuleuses généralement admises.*

1° *Engorgements ganglionnaires.* — La lésion qui, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, est presque universellement considérée comme caractéristique de la scrofule, celle que nous avons rencontrée très-fréquemment dans les salles de scrofuleux, c'est l'engorgement des ganglions lymphatiques, tour à tour désigné par les dénominations d'*écrouelles*, *strumes*, *adénite scrofuleuse*, *ganglite scrofuleuse*, etc. Sur un relevé de 180 enfants regardés comme scrofuleux, j'ai trouvé l'engorgement ganglionnaire noté 102 fois; d'une autre part, sur 75 adultes figurent 50 écrouelleux. Ce premier résultat témoigne assurément de l'importance de l'altération organique que nous étudions en ce moment, mais démontre en même temps la profonde erreur de ceux qui prétendent que l'écrouelle est à peu près constante dans la scrofule, et pour ainsi dire la seule lésion pathognomonique. Non-seulement il peut y avoir scrofule sans écrouelles, mais même, quand nous chercherons un peu plus loin sa valeur, nous aurons à nous demander si la place qu'elle occupe dans la maladie est bien celle qui lui convient. Pour l'instant, nous bornant à exposer sans commentaires les faits soumis à notre observation, nous dirons que nous avons rencontré les engorgements ganglionnaires dans un peu plus de la moitié des cas, et environ en proportion égale chez l'enfant et chez l'adulte.

Pour tout ce qui est symptomatologie, nous n'avons aucune remarque importante à faire, et nous renvoyons aux descriptions

détaillées des auteurs. Comme eux, nous avons constaté l'existence de ces engorgements presque partout où l'anatomie a signalé des ganglions lymphatiques (ganglions du cou, de l'aisselle, de l'aine, de l'épitrochlée, des mamelles, etc.) ; comme eux encore, nous avons reconnu leur fréquence plus grande à la région cervicale ; leur isolement, leur mobilité, leur indolence dans le principe ; leur marche lente et irrégulière, leur suppuration habituelle au bout d'un temps variable et indéterminé.

Le seul fait sur lequel je désire appeler l'attention, parce qu'il est capital au point de vue de la nature et de la thérapeutique de la scrofule, c'est que les engorgements dont il est ici question doivent être soigneusement distingués de certaines tumeurs ganglionnaires, susceptibles de se développer chez les enfants non scrofuleux et même chez les scrofuleux. Souvent, par exemple, on rencontre dans l'enfance de petites glandes superficiellement placées près du cuir chevelu des oreilles, ou encore le long du cou, et qui sont le résultat de la malpropreté, des gourmes à la tête, d'une ulcération de la muqueuse, ou d'une excoriation d'un point quelconque de la peau ; chez l'adulte, de plus, une blennorrhagie, le virus syphilitique, sont quelquefois l'origine d'engorgements inguinaux ou cervicaux. Il sera important, je le répète, de ne pas confondre ces tumeurs avec les écrouelles proprement dites, et le diagnostic le plus communément sera facile. Les écrouelles en effet se développent spontanément en l'absence de toute cause extérieure. Au cou, elles s'observent plus fréquemment dans les régions cervicales, moyenne et profonde, ou vers l'angle de la mâchoire inférieure ; elles acquièrent un volume beaucoup plus considérable, elles ne disparaissent pas par résolution ; elles se montrent ordinairement dans plusieurs points du corps à la fois, circonstance qui indique qu'elles sont bien sous la dépendance d'une cause interne, inconnue dans son essence, mais incontestable par ses effets.

Je n'ignore pas qu'un petit nombre d'auteurs fort recommandables soutiennent encore que tout engorgement ganglionnaire, en quelque lieu qu'il apparaisse, est nécessairement lié à la présence, soit d'excoriations, soit de phlegmasies du système tégumentaire ou celluleux, et que, si on ne trouve pas ce travail pathologique local, c'est qu'on le cherche mal ou qu'il a cessé d'exister. Mais, il faut le reconnaître, cette assertion, j'ose dire peu médicale, tombe devant l'observation impartiale des faits. Comment, à la vue de ces enfants affectés de glandes volumineuses et persistantes, développées à la fois au cou, dans les aisselles, aux aines, etc., sans la moindre plaie qui puisse les expliquer,

comment ne pas accepter forcément l'hypothèse d'une cause générale, constitutionnelle, qu'on l'appelle diathèse, vice ou autrement, peu importe, qui domine toutes les manifestations morbides extérieures? Est-il donc plus logique de supposer autant de suppurations partielles invisibles qu'il y a de régions du corps envahies par le gonflement glandulaire? Non pas assurément que je prétende nier chez les scrofuleux la possibilité d'adénites simples à la suite d'ulcérations de la peau, loin de moi une pareille pensée; seulement je dis que ces engorgements sont plutôt l'exception que la règle dans la maladie que nous étudions, et de plus qu'ils ont des caractères différents.

Il est d'ailleurs une dernière considération puissante à faire valoir, c'est que si nous avions affaire à des inflammations du tissu glandulaire, nous devrions rencontrer à l'autopsie les traces d'une phlegmasie, et non un produit morbide spécial, non inflammatoire, et identique dans tous les cas. C'est en effet un résultat d'anatomie pathologique bien remarquable que celui auquel nous sommes arrivé, à savoir que les écrouelles renferment toutes de la matière tuberculeuse. Sous ce rapport, nos recherches sont conformes à celles du plus grand nombre des observateurs, quoique la plupart, n'osant pas se prononcer d'une manière aussi absolue que je le fais en ce moment, admettent encore que les écrouelles sont produites quelquefois par la simple tuméfaction des ganglions lymphatiques. Ce qui a pu amener cette restriction, c'est que plus d'une fois on a rangé dans la scrofule des engorgements qui en étaient indépendants, et notamment ces petites glandes dont je parlais tout à l'heure et ces adénites de cause locale. Mais, je le répète, toutes les fois que l'on aura affaire à des engorgements dits scrofuleux (par exemple lorsqu'ils ont un volume notable, qu'ils existent en plusieurs régions, qu'aucune excoriation ou plaie ne peut en rendre compte), on rencontrera à l'autopsie le tubercule comme lésion constante. Ce fait résulte pour moi de l'examen de plusieurs centaines d'engorgements ganglionnaires (1).

Cette tuberculisation glandulaire ne suit pas du reste une marche uniforme et invariable : tantôt le ganglion dans lequel

(1) J'ai eu l'occasion de voir deux fois un développement énorme des ganglions du cou qui avait quelque analogie avec l'hypertrophie simple du tissu glandulaire; mais un examen direct plus attentif à l'aide du microscope, l'absence de lésions scrofuleuses, la coexistence, au contraire, de lésions cancéreuses, ont démontré que nous avions affaire à une dégénérescence encéphaloïde des ganglions lymphatiques. Je ne serais pas surpris que cette méprise eût lieu dans quelques uns de ces cas si rares auxquels certains auteurs font allusion sans les décrire, et dans lesquels il est question d'écrouelles volumineuses non tuberculeuses.

s'opère le dépôt tuberculeux est rouge, injecté ; tantôt, au contraire, et plus souvent, il est pâle, grisâtre, décoloré, en quelque sorte anémié. Quelquefois le ganglion ne dépasse pas le volume d'une forte tête d'épingle, que déjà il présente un petit point blanc tuberculeux ; d'autres fois il a la grosseur d'un pois, que le produit morbide n'existe pas encore, et il ne faudrait pas, d'après cela, trop se hâter de nier la nature tuberculeuse des engorgements ganglionnaires scrofuleux. Ce qu'on peut dire, c'est qu'il est très-rare que la glande ait atteint les dimensions d'une noisette sans que ce dépôt se soit effectué. Quoi qu'il en soit, à partir de ce moment, la matière tuberculeuse va s'accumulant sans cesse, le tissu ganglionnaire diminue graduellement, et finit au bout d'un temps variable par être absorbé complétement. Les tumeurs offrent alors à la coupe l'aspect d'un marron cru ; on en voit présenter la grosseur d'une forte noix, d'un petit œuf, rarement plus, à moins qu'elles ne soient réunies et confondues plusieurs en une seule, auquel cas elles peuvent avoir le volume du poing.

Le ramollissement du tubercule se fait là comme partout ailleurs, en commençant par le centre.

Nous n'avons que très-rarement rencontré des concrétions calcaires.

2° *Lésions du système osseux.* — La fréquence des lésions du système osseux dans la maladie scrofuleuse est un fait qui n'est contesté par personne, et qui se trouve pleinement confirmé par nos observations particulières. En effet, sur les 180 enfants déjà cités, 122 présentaient des altérations osseuses ; les adultes nous ont paru, sous ce rapport, moins souvent atteints (25 seulement sur 75). Il y a donc à cet égard une différence entre l'âge adulte et l'enfance, différence qui aurait peut-être été moins prononcée si la comparaison eût eu lieu sur une plus grande échelle.

Les os spongieux et les parties spongieuses des os ont été particulièrement affectés, Des lors s'explique le grand nombre des lésions que nous avons observées aux tarse, métatarse, carpe, métacarpe, phalanges, vertèbres, sternum, côtes, têtes des os longs, etc. Je signalerai en passant, comme un fait général, le peu de douleurs que déterminent d'ordinaire ces altérations, leur début insidieux à la suite d'un coup, d'une chute ou sans cause appréciable, la lenteur de leur évolution depuis le moment où l'os commence à s'altérer jusqu'à celui où la peau fistuleuse permet au stylet de se rendre compte des graves désordres survenus dans les tissus sous-jacents.

Relativement à l'importante question de la nature des altéra-

tions osseuses, nous dirons d'abord que ces altérations ne sont pas identiques, ainsi qu'on l'a prétendu tout à fait à tort ; on rencontre des ostéites, des nécroses, des tubercules enkystés ou infiltrés... Examinons successivement chacune de ces lésions.

a. *Ostéites.* — Les différentes formes d'ostéites, décrites avec tant d'exactitude par M. le professeur Gerdy, appartiennent à la scrofule ; mais l'ostéite dite *raréfiante* est de beaucoup la plus fréquente, aussi est-elle désignée quelquefois sous le nom *d'ostéite scrofuleuse.*

Ostéite raréfiante. — Il est très-facile de suivre l'ostéite raréfiante dans les diverses phases de son développement ; souvent un même scrofuleux les présente toutes réunies. Au début, le tissu spongieux, qui en est le siége le plus ordinaire, s'infiltre d'un liquide rougeâtre-violacé ; la membrane médullaire prend une teinte lie de vin qui tranche d'une façon remarquable sur la couleur blanche nacrée du cartilage. En même temps, les lamelles osseuses s'amincissent, les aréoles s'agrandissent, et le stylet pénètre déjà avec facilité à travers les cloisons, rendues de la sorte plus ténues et plus fragiles. Bientôt les adhérences naturelles entre l'os et le cartilage sont moins intimes, et la plus légère traction suffit souvent pour enlever comme une coque ce cartilage, qui laisse à nu la surface osseuse, grenue, rugueuse, friable, et ordinairement imbibée de sucs rougeâtres abondants. C'est là véritablement le premier degré de l'ostéite raréfiante, état morbide incontestable, et que l'on ne confondra pas avec l'état physiologique, bien que chez les enfants les os soient plus vasculaires, plus tendres, moins adhérents au cartilage que dans l'âge mûr. Mais toute méprise est impossible à cet égard, tellement les différences sont sensibles quand on a la précaution, ainsi que je le faisais, de comparer les os altérés non-seulement avec les os d'enfants du même âge, de la même constitution, mais encore avec les os sains de ce même enfant scrofuleux.

Au bout d'un temps plus ou moins long, spontanément ou à la suite d'une violence extérieure, l'infiltration sanguine fait place à l'infiltration purulente. Alors le tissu spongieux prend une couleur grise, jaunâtre, quelquefois verdâtre ; la friabilité, résultat de l'amincissement des cloisons, augmente ; le mal gagne bientôt la surface extérieure de l'os, pour de là se propager aux parties molles environnantes, qui s'épaississent, s'enflamment et suppurent. Enfin des fistules s'établissent à la peau, fistules qui donnent issue à un pus de mauvaise nature, contenant quelques parcelles osseuses.

A une période avancée de la maladie, les cartilages sont dé-

truits, soit qu'ils aient été résorbés, soit qu'ils disparaissent dans la suppuration, et si l'altération siége dans un os court, au tarse, par exemple, il arrive un moment où cet os n'adhère plus aux parties molles qui l'environnent, il est libre dans une cavité suppurante ; il diminue alors de volume dans le pus au milieu duquel il nage, et à l'autopsie on ne trouve plus qu'un petit débris d'os, léger, poreux, semblable à un morceau de sucre trempé dans l'eau, quelquefois à une éponge fine. Plus tard même, si ce débris n'est pas éliminé par la nature ou par l'art, il est entièrement résorbé, et à la place d'un os court, quelquefois fort gros (le calcanéum, par exemple), on ne rencontre plus qu'une sorte de kyste qui suppure et dont les parois sont formées par les parties molles épaissies, indurées, quelquefois tapissées d'une fausse membrane.

Les altérations que nous venons de décrire se remarquent, comme je l'ai dit, principalement sur les os courts spongieux, et aux extrémités des os longs composés de mêmes tissus que les os courts. Dans ces extrémités, en effet, on constate également les divers états morbides signalés plus haut, l'infiltration sanguine, la résorption du tissu osseux, l'infiltration purulente, la disparition des cartilages, etc. Cette résorption du tissu osseux est un fait bien remarquable et sur lequel M. Gerdy a justement appelé l'attention. Cette résorption explique l'aspect de jonc que présente une extrémité d'un os long, privé de son cartilage et coupé en travers ; elle explique comment la surface de l'os paraît criblée d'une multitude de petits orifices qui n'existaient pas avant l'inflammation, et comment les orifices naturels se sont agrandis. C'est là une de ces lésions que le temps ne peut effacer. Si, en effet, l'un de ces os affecté d'ostéite raréfiante, à quelque degré que soit parvenue l'altération, est soumis à une macération prolongée, il offrira encore les caractères que nous venons de décrire : légèreté, porosité. Je possède ainsi un grand nombre de pièces recueillies chez des scrofuleux, qui conservent et conserveront indéfiniment les traces de l'inflammation dont elles ont été le siége.

Ostéite condensante. — Nous avons rencontré l'ostéite condensante beaucoup moins souvent que l'ostéite raréfiante ; elle nous a paru affecter de préférence les os longs, les extrémités, ou la diaphyse. L'altération débutait à peu près, comme dans l'ostéite raréfiante, par de l'injection avec développement prononcé des sillons et des ouvertures vasculaires, avec production çà et là de taches violettes, déterminées selon toute apparence par du sang épanché sous les lames superficielles. Puis, une fois la suppura-

tion formée, le tissu osseux acquérait une dureté très-notable, le scalpel avait de la peine à l'antamer, et si l'on venait à pratiquer une section, les cellules paraissaient oblitérées, comme remplies par un produit de sécrétion intérieure. Ainsi que le fait remarquer avec beaucoup de vérité M. Gerdy, le tissu compacte présente alors à la coupe l'aspect de la pierre sciée. Pourquoi, dans un cas, y a-t-il raréfaction vasculaire ? pourquoi, dans un autre, y a-t-il condensation ? C'est ce que je ne saurais dire. Mais ce que je puis affirmer, c'est que cette différence ne tient pas à des différences de forme de la maladie ; car souvent sur le même enfant, que dis-je ? sur le même os, on trouve les deux espèces d'ostéites.

Dans les cas où l'inflammation s'est communiquée au périoste ou a débuté par cette membrane, on rencontre son injection, son épaississement, et consécutivement des dépôts de matière osseuse, dont le volume, la forme, sont extrêmement variables. Ce sont eux qui, le plus souvent, produisent le gonflement des parties dures.

Ostéite ulcérante ou *carie*. — Que les lésions osseuses revêtent les caractères de l'ostéite raréfiante ou ceux de l'ostéite condensante, il arrive un moment où l'os, par suite des progrès du travail intérieur, s'ulcère à la surface : c'est là l'ostéite ulcérante ou encore la carie des auteurs. Je ne fais que la signaler, attendu que ce n'est pas une affection spéciale des os, ainsi que le pourrait donner à penser cette expression, si diversement interprétée, de carie. C'est la maladie arrivée à une période plus avancée, existant dans les parties superficielles, principalement dans les os spongieux. C'est, pour me servir d'une comparaison, l'ulcère de la peau consécutif à l'inflammation de cette membrane. Cette terminaison de l'ostéite est tellement commune, que l'on peut dire que la carie est la lésion la plus fréquente de la scrofule.

b. *Nécroses*. — Nous avons trouvé chez les scrofuleux deux sortes de nécrose : l'une que quelques auteurs, M. Milcent par exemple (*Thèse inaugurale*, 1846), ont appelée *fausse*, et l'autre qui est la *vraie* nécrose. La première, s'il est permis de lui conserver ce nom, est caractérisée par des séquestres de volume et de formes variables, qui ont été détachés d'une portion d'os affecté d'ostéite, soit par une espèce d'usure déterminée par la suppuration, soit par une inflammation ulcérante née aux limites de l'altération. Que doit-il en résulter? C'est que ces séquestres présenteront nécessairement les traces de l'inflammation dont ils ont été primitivement atteints ; et en effet, si vous venez à laver ces portions d'os, vous retrouvez tous les caractères que j'ai indiqués tout à l'heure pour l'ostéite, soit raréfiante, soit conden-

sante. C'est encore à cette sorte de nécrose qu'il faut rapporter ce qui se passe quand un os court, siége de l'ostéite, perd ses adhérences avec le périoste et les cartilages, et se trouve un véritable corps étranger au milieu des parties molles enflammées. Dans tous ces cas, l'isolement complet de l'os a amené inévitablement sa mort, et l'on peut dire avec raison que c'est la carie qui a produit la nécrose.

Dans la seconde forme, au contraire, la vraie nécrose, une portion d'os sain est tout à coup privée de ses rapports avec les vaisseaux, soit à la suite d'une inflammation du périoste, d une plaie qui a creusé profondément (dans le cas de pourriture scrofuleuse), d'une sécrétion de pus ou de matière tuberculeuse entre le périoste et l'os. La vie s'éteint, faute de communications vasculaires dans un point plus ou moins étendu, et la nature développe une inflammation autour de la partie malade, pour en pratiquer l'élimination. Le séquestre éliminé est compacte et ne ressemble plus au séquestre précédemment décrit. De plus, dans la vraie nécrose, il y a effort de la nature pour remplacer l'os éliminé, et cet effort n'existe pas dans le premier cas.

Les quelques détails dans lesquels je viens d'entrer rendent parfaitement compte de la fréquence de la première forme de nécrose, surtout si on la compare avec la seconde. C'est une conséquence de la fréquence de l'ostéite.

c. *Tubercules.* — Les tubercules des os, niés par quelques auteurs avec persistance, admis par d'autres dans toutes les lésions osseuses chez les scrofuleux, se sont offerts à nous dans quelques cas, mais moins souvent que les différentes formes d'ostéite précédemment décrites, et notamment que l'ostéite raréfiante. Dans les 50 autopsies complètes que nous avons faites, nous avons trouvé 40 fois des lésions osseuses ; eh bien ! sur ce nombre, les tubercules des os figurent environ pour 1/6. Quelquefois le même enfant présentait à la fois l'ostéite raréfiante, l'ostéite condensante, et des tubercules.

Tantôt la matière tuberculeuse était réunie en foyer (forme enkystée des auteurs), tantôt elle était infiltrée dans les cellules osseuses (forme infiltrée).

Dans le premier cas, le produit morbide, d'un volume variable, de couleur jaune, verdâtre ou grisâtre, était contenu dans une cavité creusée aux dépens du tissu osseux. Cette cavité allait s'agrandissant jusqu'à la destruction des couches les plus superficielles de l'os; puis la matière tuberculeuse, mélangée au pus d'un abcès des parties molles, était rejetée au dehors, laissant à

sa place une cavité irrégulière, anfractueuse, susceptible à la longue de réparation.

L'infiltration tuberculeuse, si bien décrite par M. Nélaton, est la forme la plus habituelle. L'os qui en est le siége est dur, de couleur blanc-jaunâtre, contenant dans les cellules une matière épaisse, caséeuse, analogue dans quelques cas à du mastic; les cloisons sont hypertrophiées (hypertrophie interstitielle). A une période avancée, on trouve des séquestres plus ou moins volumineux, extrêmement durs, souvent perdus au milieu des dépôts de cette matière caractéristique.

J'ai dit plus haut dans quelle portion nous avions rencontré les tubercules des os. On a pu s'étonner que nous n'ayons donné cette proportion qu'approximativement. C'est qu'il est des cas où il est très-difficile de se prononcer sur la nature de l'altération que l'on a sous les yeux. Si la matière tuberculeuse avait des caractères parfaitement définis, rien ne paraîtrait plus aisé que de savoir si l'on a affaire ou non à des tubercules osseux. Nous faisons abstraction, bien entendu, des cas où cette substance est à l'état de crudité, et où le doute n'est guère possible ; mais en est-il de même pour la période de ramollissement? Des auteurs qui font autorité en anatomie pathologique, M. Lebert par exemple, prétendent que le pus, en se débarrassant de la partie ténue, liquide, peut devenir concret et ressembler entièrement pour la couleur et la consistance à de la matière tuberculeuse à demi ramollie. Ainsi donc l'aspect physique ne peut pas nous éclairer complétement. Le microscope peut-il mieux trancher la difficulté? Nous croyons fermement que le tubercule renferme des globules particuliers, différents de ceux du pus pour la forme et le diamètre, se comportant différemment avec l'acide acétique. C'est un fait que j'ai pu vérifier par moi-même bien souvent, aidé des conseils de deux micrographes très-expérimentés, M. Lebert et M. Desormeaux. Seulement ces globules sont-ils aussi nets quand la matière tuberculeuse est ramollie? Je ne le crois pas. De plus, quand l'altération est ancienne, que l'os et les parties molles se sont enflammés, il y a mélange de pus, et l'on peut n'avoir sous le foyer du microscope que des globules purulents, d'où possibilité d'erreur. L'infiltration tuberculeuse, dit-on, est toujours accompagnée de l'hypertrophie interstitielle, et cela suffit pour le diagnostic. Le fait est vrai, mais n'avons-nous pas vu que, dans l'ostéite condensante, les cloisons sont épaissies, les cellules à demi oblitérées, comme dans l'infiltration tuberculeuse?

Nous le répétons, il y a des cas très-embarrassants. C'est sur-

tout dans le mal de Pott que l'on rencontre ces difficultés, et plus d'une fois, en présence de ces esquilles dures, jaunâtres, paraissant contenir une matière caséeuse, nageant au milieu de cette même matière, quelquefois amassée sous forme de poches allongées au devant des vertèbres malades, en présence des renseignements douteux, souvent contradictoires du microscope, j'ai dû rester dans l'indécision.

Que l'on ne croie pas toutefois que cette incertitude soit de nature à infirmer les résultats que nous avons obtenus. Jusqu'ici le doute n'est permis, et encore dans quelques cas seulement, qu'entre l'ostéite condensante suppurée et l'infiltration tuberculeuse; mais il ne l'est plus toutes les fois que l'on a affaire à l'ostéite raréfiante, et nous avons vu que ces cas sont les plus nombreux.

3° *Abcès.* — Si l'on considère d'une manière générale les abcès qui s'observent dans la scrofule, on peut dire qu'ils constituent une des lésions les plus communes de la maladie. En effet, presque toutes les ostéites, les nécroses, les infiltrations tuberculeuses, dont il vient d'être question, sont suivies au bout d'un temps variable, souvent fort long, d'inflammation, puis de collections purulentes, soit au niveau du point où l'os est altéré, soit dans un point plus ou moins éloigné (abcès par congestion). Mais si l'on n'envisage que les abcès non ossifluents ou idiopathiques, les seuls qui doivent nous occuper ici, le nombre en paraîtra beaucoup plus restreint. Sur les 255 scrofuleux, tant enfants qu'adultes, que nous avons interrogés, nous avons noté 40 fois des abcès idiopathiques. Ces abcès sont de plusieurs sortes.

a. *Abcès cutanés.* Ils siégent dans l'épaisseur même de la peau, ordinairement au visage. Ils se présentent sous la forme de petites tumeurs dures, d'un rouge livide, ayant quelque ressemblance avec des tumeurs érectiles. Leur position superficielle permet de constater facilement la fluctuation. Le liquide séro-purulent qu'elles renferment est susceptible de résorption, et dans ce cas, la peau conserve pendant quelque temps une couleur violacée avec induration circonscrite. L'ouverture de l'abcès est suivie d'une ulcération à fond grisâtre qui repose sur le derme.

b. *Abcès sous-cutanés et profonds.* Ils sont rarement phlegmoneux, plus souvent froids, c'est-à-dire développés lentement et sans inflammation bien appréciable. J'ai vu quelques enfants en être affectés dans plusieurs points du corps à la fois, comme s'ils étaient en proie à une sorte de diathèse purulente. Les auteurs prétendent que tantôt ils contiennent du pus plus ou moins bien lié, ordinairement un peu séreux, tantôt une matière grumeleuse,

caillebottée, analogue à du fromage ou à de la frangipane. C'est là une erreur, le liquide d'un abcès froid est toujours du pus; dans le cas où il y a des grumeaux, on n'a plus affaire à une simple collection purulente, mais à une tumeur tuberculeuse ramollie, ou si l'on veut à un abcès tuberculeux.

c. *Abcès tuberculeux.* Pour peu qu'on examine attentitivement le développement et la marche de ces abcès, on arrive facilement à reconnaître leur véritable nature. Presque toujours, en effet, en même temps que l'on trouve une de ces tumeurs complétement ramollie, et ayant, dans cet état, la plus complète similitude avec un abcès ordinaire, on découvre en quelque point du corps d'autres tumeurs analogues, seulement moins avancées, ici en voie de ramollissement, là tout à fait dures, à l'état de tubercule cru. Bien souvent, à l'hôpital des Enfants, nous avons, pendant la vie des malades, assisté à ces transformations successives que subit la matière tuberculeuse ainsi déposée dans le tissu cellulaire sous-cutané ou profond. Ces abcès sont plus fréquents qu'on ne le pense généralement, et on ne les confondra pas avec les abcès formés au devant d'écrouelles enflammées, abcès qui contiennent aussi de la matière tuberculeuse, mais dont l'origine ne saurait être douteuse.

Enfin on rencontre assez souvent, au milieu de cette sorte de couenne gélatineuse qui entoure une articulation malade, une substance blanche, élastique, résistante, susceptible de suppuration, offrant au premier abord quelque ressemblance avec le tubercule, mais en différant essentiellement. M. Lebert l'a très-bien décrite sous le nom de tissu *fibro-plastique.* Il me suffira de l'avoir signalée pour que l'erreur soit impossible.

4° *Ulcères scrofuleux.* — La plupart des précédentes remarques sont applicables aux ulcères. Comme les abcès, auxquels ils succèdent le plus souvent, ils sont extrêmement fréquents et variés; mais, comme pour les abcès, les auteurs ne me paraissent pas avoir établi des distinctions suffisantes. On s'est laissé aller, plus qu'il n'était vrai, à cette idée que la scrofule dispose singulièrement aux suppurations et aux ulcérations de la peau. La dermatite scrofuleuse, dit M. Lebert (*Physiologie pathologique*), se montre souvent sous forme de nombreux ulcères, et de même que M. Louis a prouvé d'une manière incontestable la diathèse ulcéreuse chez les tuberculeux, nous sommes également forcé de l'admettre, et à un bien plus haut degré, chez les scrofuleux. Je suis loin de contester le fait, mais je le crois empreint d'une légère exagération, ainsi que le lecteur pourra en juger par lui-même.

Les ulcères sans contredit les plus nombreux sont ceux qui sont liés à des altérations des os subjacents (ostéite, nécrose, tubercules, etc.). Sans doute, la diathèse scrofuleuse imprime souvent à ces ulcères une physionomie particulière, une teinte grisâtre et blafarde, qui peut aller dans quelques circonstances jusqu'à la pourriture dite scrofuleuse ; sans doute même elle peut arrêter momentanément ou faire rétrograder la cicatrisation qui s'opérait. Mais ne nous le dissimulons pas, ce qui, par dessus tout, entretient la fistule, c'est la lésion plus profonde. Enlevez le séquestre, guérissez l'os malade, et vous verrez la plaie se cicatriser, à peu de chose près, comme chez l'individu non scrofuleux.

J'en dirai tout autant des ulcères qui sont sous la dépendance de l'engorgement et de la suppuration des ganglions sous-jacents. Ce qui s'oppose à la cicatrisation de ces ulcères, c'est l'issue incessante et quelquefois prolongée du pus et de la matière tuberculeuse ramollie, qui apparaît souvent dans le fond de l'ulcère sous forme d'une grosse masse jaune-verdâtre.

J'en rapprocherai encore ces ulcères consécutifs aux abcès tuberculeux. Il m'est arrivé plus d'une fois de trouver une plaie dont la guérison se faisait attendre longtemps ; rien sur le vivant ne pouvait expliquer cette lenteur, et ce n'était qu'à l'autopsie qu'on s'apercevait qu'elle était due à la présence de noyaux plus ou moins volumineux de substance tuberculeuse, déposés dans le tissu cellulaire, à une distance quelquefois assez considérable de la plaie extérieure, avec laquelle ils communiquaient par un trajet plus ou moins étroit.

Jusqu'ici il serait injuste d'accuser la diathèse scrofuleuse, et si après la guérison de l'altération osseuse, de l'écrouelle, si après l'élimination du pus ou de la matière tuberculeuse de l'abcès, l'ulcère ne se cicatrise pas toujours, cela pourra tenir encore à des causes indépendantes de la maladie, au décollement par exemple des bords et à l'amincissement de la peau, comme cela se voit dans tout ulcère qui suppure longtemps. Ce qui le prouve, c'est que, sous l'influence de quelques moyens chirurgicaux fort simples, on en triomphe avec la plus grande facilité.

Il nous reste donc seulement à mentionner comme expression de cette tendance à l'ulcération certaines plaies à fond grisâtre, qu'aucune cause locale n'explique, et qui se montrent souvent rebelles à tous les topiques employés. Nous n'avons rencontré que très-rarement ces ulcères (scrofule cutanée, esthiomène de la peau, onglade scrofuleuse), sur la nature desquels le praticien hésite quelquefois, et dont plusieurs se rapprochent de cer-

taines formes du lupus. Nous aurons occasion de revenir un peu plus loin sur ce sujet.

5° *Lésions des muqueuses.* — a. *Ophthalmie.* Nous avons observé l'ophthalmie chez un assez grand nombre d'enfants scrofuleux ; mais néanmoins nous ne saurions admettre, avec quelques auteurs, que ce soit là un des symptômes les plus fréquents de la scrofule. Sous ce rapport, elle le cède de beaucoup aux engorgements ganglionnaires et aux lésions osseuses. Sur 255 malades, elle s'est montrée environ 50 fois, et encore, dans cette évaluation, qui ne peut être qu'approximative, je comprends non-seulement les ophthalmies qui existaient au moment où je me livrais à ces recherches, mais encore celles qui, s'étant déclarées à une époque antérieure, avaient laissé des traces morbides, ou bien dont les malades et les parents avaient gardé le souvenir. Cette affection est beaucoup plus commune chez l'enfant que chez l'adulte.

Je n'insisterai pas sur son apparition fréquente au début de la maladie, sur sa marche lente, chronique, ses récidives faciles, sa disparition au moment où l'œil paraît gravement compromis, sa tendance (à l'hôpital) à frapper comme épidémiquement un grand nombre d'enfants.

Quant aux caractères anatomiques de l'ophthalmie scrofuleuse, on peut dire qu'ils se résument surtout en ceux de la conjonctivre granuleuse, palpébrale, et de la kérato-conjonctivite oculaire. Dans cette dernière forme, la plus habituelle, la cornée est souvent le siége d'ulcérations plus ou moins profondes qui laissent à leur suite des taches variables, depuis le simple nuage jusqu'au leucoma ou l'albugo ; en même temps, la conjonctive est injectée, enflammée dans sa totalité ou bien partiellement ; un paquet de vaisseaux se dirige alors de l'un des angles de l'œil vers la cornée, surmonté d'une ou de plusieurs petites pustules.

Nous aurons à rechercher un peu plus loin si, comme on l'a prétendu, la scrofule imprime à cette ophthalmie des caractères qui fassent reconnaître la maladie en l'absence de tout autre symptôme.

b. *Coryza.* Dix fois existait un flux habituel par les narines chez les enfants scrofuleux ; le liquide exhalé était tantôt séreux, ténu, tantôt épais et visqueux, déterminant quelquefois, par son âcreté, des rougeurs, des gonflements, des ulcérations du nez et de la lèvre supérieure. Ce coryza se rencontre rarement seul ; il est le plus ordinairement lié à la physionomie scrofuleuse, dont nous nous occuperons dans un instant.

c. *Otorrhée.* Quant aux otorrhées, on les croirait beaucoup

plus fréquentes qu'elles ne sont en réalité, si l'on oubliait que l'écoulement mucoso-purulent de l'oreille chez les scrofuleux est le plus souvent symptomatique d'une lésion osseuse, et particulièrement d'une carie du rocher. La présomption se change en certitude quand on voit apparaître la paralysie faciale, indice d'une compression ou destruction du nerf qui traverse le canal de Fallope.

6° *Affection de la peau.* — Pour ce qui est des affections de la peau, il en est quelques-unes que nous avons constatées chez les scrofuleux. Je citerai particulièrement, sans qu'il soit besoin de les décrire, les diverses sortes d'impétigo et d'eczéma du cuir chevelu et de la face (20 fois), le lupus (10 fois), le psoriasis et la teigne (4 fois). Excepté le lupus, qui se rencontre assez souvent, peut-être même plus fréquemment chez l'adulte scrofuleux que chez l'enfant, toutes les autres affections cutanées que je viens de mentionner sont presque exclusives à l'enfance, et si j'ajoute qu'à cet âge elles sont loin d'être rares en l'absence de tout symptôme scrofuleux, on arrivera naturellement à se demander si ces lésions appartiennent bien à la maladie, ou si on ne doit pas les considérer comme des complications accidentelles. Nous verrons toutefois qu'il y a peut-être une exception à faire en faveur du lupus.

7° *Physionomie dite scrofuleuse.* — Quelques auteurs ont prétendu que la scrofule imprime aux traits du visage un cachet, une physionomie spéciale. La peau, disent-ils, est blanche, transparente, blafarde, et comme remplie de sucs; les lèvres, surtout la supérieure, sont gonflées, souvent enflammées pendant les froids ; le nez est épais, presque toujours en même temps existent un coryza avec écoulement catarrhal, des ophthalmies, des éruptions diverses sur le cuir chevelu, à la face ou derrière les oreilles. Ce tableau est, j'en conviens, parfaitement exact; mais on se tromperait étrangement si l'on pensait qu'il soit une conséquence forcée de la maladie. Contrairement à l'opinion répandue parmi les personnes étrangères à la médecine et même parmi les médecins peu familiers avec l'affection scrofuleuse, le facies dit scrofuleux est rarement observé. Nous n'avons pas, quant à nous, trouvé plus de douze enfants chez lesquels il fût évident. Quant à la question controversée de savoir si ce facies indique la scrofule confirmée ou simplement une prédisposition à la maladie, ou bien encore s'il n'a avec elle aucun rapport, soit prochain, soit éloigné, nous aurons à la discuter dans la seconde partie de ce Mémoire.

8° *Lésions des organes internes.* — Pour terminer l'exposé des

principales lésions que l'on rencontre chez les scrofuleux, il me reste à jeter un coup d'œil sur l'état des organes internes les plus importants. Nous ne parlerons ni de la maladie de Bright, qui complique quelquefois la scrofule, ni des altérations du sang et de la lymphe, plus hypothétiques que bien démontrées; mais il est une lésion qui se remarque si souvent dans la scrofule, que nous ne pouvons pas la passer sous silence : je veux parler de la tuberculisation viscérale. On aura une idée de son importance quand je dirai que dans 50 cas où nous avons fait l'autopsie des enfants décédés, et obtenu ainsi des résultats certains, nous avons trouvé 40 fois des tubercules répartis ainsi qu'il suit :

28 fois dans les poumons (18 fois ils étaient abondants et 10 fois en très-petite quantité);

30 fois dans les ganglions bronchiques;

11 fois dans les ganglions mésentériques ;

5 à 6 fois dans le péritoine, les ganglions lombaires, la rate, le foie, l'intestin ;

3 fois dans le cerveau.

Des faits qui précèdent, nous tirerons cette conclusion : 1° que le tubercule chez l'enfant peut exister dans un ou plusieurs organes à la fois sans exister en même temps dans le poumon, observation du reste qui n'avait pas échappé à M. Louis lui-même ; 2° que, contrairement à une opinion généralement reçue parmi les médecins, les enfants scrofuleux et scrofuleux à un haut degré ne sont pas nécessairement atteints de phthisie pulmonaire, résultat important au point de vue du pronostic et du traitement. Sur les 50 enfants qui ont succombé, et dont le plus grand nombre paraissait au premier abord tuberculeux, on peut dire qu'il n'y en avait pas plus de 18 auxquels cette expression fût applicable, les 10 autres présentant bien quelques tubercules çà et là dans les poumons, mais comme en présentent si souvent les enfants.

Recherchons actuellement s'il existe une relation quelconque entre la tuberculisation viscérale et les altérations que nous avons décrites à la peau, muqueuse, os, glandes, etc. J'avais cru dans le principe reconnaître une sorte de balancement, de rapport inverse, entre les lésions internes et les lésions extérieures ; mais en examinant les faits avec plus d'attention, en voyant que, dans dix cas où la scrofule consistait uniquement en des ostéites multiples, aucun organe n'avait subi la dégénérescence tuberculeuse, ce qui existait au contraire toutes les fois que la maladie était caractérisée par des écrouelles nombreuses, je suis arrivé à formuler la proposition suivante : Il y a généralement

un rapport direct entre l'abondance du dépôt tuberculeux à l'intérieur et à l'extérieur du corps chez les scrofuleux; seulement, comme le fait remarquer M. Guersant dans son excellent article du Dictionnaire en 30 vol., il semble que la marche rapide des tubercules externes ralentisse celle des tubercules internes, et *vice versa*. Je reviendrai un peu plus loin sur ce point important, qui est appelé à jeter une vive lumière dans la discussion sur la nature de la scrofule. (*La suite à un prochain numéro.*)

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OHPTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 12. *Discussion clinique sur plusieurs observations de hernie étranglée*; par le docteur LUCIEN BOYER.

(Revue médicale, janvier 1849.)

Hernie crurale étranglée.

OBS. I. — Le vendredi 15 juin 1846, à dix heures du soir, M. Raynal, bandagiste, vint me prier de me transporter immédiatement auprès de madame N..., atteinte, me dit-il, d'une hernie étranglée depuis longtemps.

Madame N..., âgée de 50 ans, d'une constitution vigoureuse, n'avait jamais eu d'enfants; depuis longtemps, sans qu'il m'ait été possible de lui faire préciser les époques exactes, elle portait dans le pli de l'aine du côté droit une petite tumeur allongée, oblique, qu'elle soutenait simplement, depuis plusieurs années, au moyen d'une espèce de spica en cuir sans aucun ressort. Ce bandage, complétement insuffisant, qui me fut présenté, était de plus entièrement détérioré. La tumeur cependant n'avait jamais déterminé d'accidents.

Le samedi précédent, 30 mai, sans cause connue, elle avait pris tout à coup un volume considérable; les vomissements s'étaient déclarés aussitôt, et depuis lors il n'y avait plus eu d'évacuation alvine. Le taxis avait été un instant tenté, mais sans succès, et l'on s'était contenté alors d'appliquer des cataplasmes sur la tumeur. Les accidents avaient continué depuis, sans que l'on eût cherché à administrer d'autre secours à la malade, le médecin, chargé à lui donner des soins, ayant déclaré *que la tumeur n'était pas mûre*. Les choses en étaient donc restées dans cet état, jusqu'à ce que M. Raynal, appelé chez le mari par les affaires de son commerce, eût reconnu des accidents graves qui exigeaient de prompts secours. Je trouvai la malade en proie à

des vomissements bilieux très-fréquemment réitérés, et à un hoquet violent ; il n'y avait point eu de selles depuis sept jours, le ventre était extrêmement tendu et douloureux au toucher. La respiration était anxieuse, oppressée, le pouls petit, à 120 pulsations par minute, la peau froide, la langue sèche.

Il existait à la partie antérieure du ligament de Fallope et du pli de l'aine une tumeur hémisphérique, du volume de la moitié d'une forte orange, s'étendant depuis l'épine iliaque jusqu'à celle du pubis, à base un peu diffuse, dure, à sommet enflammé, d'un rouge livide, fluctuant, présentant une peau amincie ; la tumeur s'étendait plus sur la paroi abdominale que sur la partie supérieure de la cuisse, elle ne se prolongeait pas dans la grande lèvre ; l'artère crurale était bien distinctement perceptible au-dessous d'elle.

Au milieu de ce cortége grave de phénomènes locaux et généraux, l'intelligence restait intacte, la malade exposait avec lucidité tout ce qu'elle éprouvait, et demandait du soulagement, tout en déclarant qu'elle ne consentirait jamais à une opération. Dans cet état de choses, je me gardai bien de faire la moindre tentative de taxis, je ne palpai la tumeur qu'autant qu'il fut nécessaire pour en connaître la consistance, je demandai qu'une consultation eût lieu dès le lendemain matin, ce qui fut accordé.

Le 6 juin, à 9 heures du matin, M. le docteur Foullioy, dont nous regretterons longtemps la perte récente, voulut bien nous apporter le concours de sa haute expérience et de son profond savoir ; M. le docteur Ch. Levaillant se joignit également à nous, ainsi que M. Raynal ; nous avions fait prier le médecin ordinaire de se trouver avec nous ; il ne crut pas devoir obtempérer à cette invitation.

Les accidents contiuaient ; nous constatâmes tous l'existence d'une hernie crurale étranglée depuis huit jours ; d'après les antécédents et l'état actuel, nous pensâmes que primitivement épiploïque, elle s'était à cette époque accrue par l'engagement dans l'anse intestinale. Nous considérâmes aussi la gangrène comme imminente, si elle n'était déjà déclarée dans les parties profondes : l'espèce d'érysipèle dont la peau était atteinte, la fluctuation perceptible dans la tumeur, nous en paraissaient les précurseurs certains.

Les éventualités d'une guérison spontanée ne pouvaient donc reposer que sur la mortification de la hernie et de ses enveloppes ; ces éventualités étaient trop peu probables pour qu'il fût possible de les admettre ; l'avis unanime fut qu'il n'y avait un reste de chance de succès que dans une opération immédiate.

La malade persuadée par M. Foullioy, qui lui porta le résultat de notre délibération, encouragée par son mari, se soumit avec résignation.

La tension de la peau ne me permettant pas d'en soulever un pli sur lequel on pût faire porter une incision à plein tranchant, je fis, avec précaution, au moyen d'un bistouri convexe, une longue incision parallèle au ligament de Fallope, et, divisant toute la largeur de la tumeur un peu au-dessous de sa partie moyenne et sur le milieu de cette première incision, je fis tomber une incision verticale complétant un T renversé. Après avoir divisé, avec précaution, la peau, une couche de tissu cellulaire très-mince et le feuillet superficiel de l'aponévrose, nous pénétrâmes, en nous aidant de la sonde cannelée, dans le sac de la hernie d'où s'échappa aussitôt une grande quantité de liquide sanguinolent noirâtre, et nous reconnûmes, immédiatement, une masse épiploïque arrondie, du volume d'une bille de billard, à peu près, déjà grisâtre, fanée et ramollie. Ayant, alors, saisi le sac avec des pinces afin de le soulever, je passai le doigt indicateur gauche au-dessous, et, avec des ciseaux, je le divisai dans toute l'étendue des incisions extérieures en protégeant toujours les parties profondes, par toute l'épaisseur de mon doigt qui les refoulait tout en soulevant le sac. Après avoir renversé latéralement les deux lambeaux, je pus soulever la masse épiploïque et reconnaître dessous elle, complétement enveloppée, une petite anse intestinale dont je ne puis mieux comparer le volume et la disposition qu'à celle de l'index dans l'état de flexion le plus outré. Cette anse intestinale était rouge, mais elle conservait de la consistance, elle ne ne nous offrit pas de trace de gangrène, malgré l'état, plus que suspect, de l'épiploon qui l'enveloppait. Il semblait que celui-ci l'eût protégée contre la violence de l'étranglement, et eût supporté tout le poids de cette cause de destruction. Ayant exploré, avec le plus grand soin, l'ouverture qui donnait passage aux parties herniées, nous reconnûmes facilement l'anneau crural dont l'anse intestinale occupait la portion inférieure et interne, tandis que l'épiploon le traversait dans sa partie externe et supérieure.

Le sac de la hernie, attiré avec soin au moyen de deux pinces, fut coupé sur le doigt avec les ciseaux, aussi profondément qu'il nous fut possible d'atteindre; puis, au moyen du bistouri boutonné à lame droite dirigé sur l'index, je pratiquai le débridement du ligament de l'imbernat, directement en dedans. Je le fis, à dessein, un peu grand pour n'avoir pas à ajouter des efforts de réduction aux causes d'accidents consécutifs que le cas ne compor-

tait que trop par lui même, et, bientôt, il me fut possible de faire pénétrer le doigt dans l'abdomen et de reconnaître que, derrière l'anneau, il ne subsistait aucune bride capable d'entretenir les phénomènes d'étranglement. MM. Foullioy et Levaillant firent la même constatation. Alors je procédai à la réduction de l'anse intestinale qui rentra d'une manière complète et sans aucune difficulté. L'épiploon était voué à une mortification certaine, et d'ailleurs, la réduction en eût été impossible, à moins de séparer toute la portion herniée ; nous la laissâmes au dehors et la plaie fut recouverte de compresses imbibées d'eau de guimauve tiède. La malade fut remise dans son lit, nous lui permîmes une boisson douce à prendre par petite quantité. L'opération avait été subie avec un courage calme ; le mari nous avait assistés pendant tout le temps avec un sangfroid intelligent qu'il est bien rare de trouver chez les personnes étrangères à l'art.

Les suites de l'opération furent, d'abord, aussi heureuses que possible ; à deux heures la malade avait encore quelques vomituritions, mais il n'y avait plus de douleurs dans le ventre, le pouls était plus calme, il n'y avait point de réaction, je lui fis administrer un lavement émollient.

A quatre heures, elle avait encore vomi ; mais le lavement avait entraîné deux ou trois petites boulettes stercorales dures ; il n'y avait point de coliques, pas de douleurs dans le ventre, pas de réaction ; je donnai, alors, un lavement purgatif composé de séné, miel de mercuriale et sulfate de soude.

Le soir, à neuf heures, il y eut encore un vomissement abondant, mais ce fut le dernier. Peu de temps après, une partie du lavement fut expulsée et entraîna quelque peu de matières stercorales liquides; enfin, dans la nuit, il y eut six selles très-copieuses.

Le 7 juin, la malade se sentait encore fatiguée, mais les vomissements avaient cessé, le ventre était détendu, souple et indolore, le pouls ne battait que 82 pulsations par minute, la peau était naturelle ; la langue était encore un peu sèche et la soif assez vive, mais la malade y satisfaisait abondamment sans que les boissons provoquassent de nausées ; les lèvres du lambeau externe des téguments paraissaient un peu violacées, l'épiploon se noircissait et se fanait de plus en plus, la plaie était baignée d'une sérosité trouble qui me parut être exsudée par l'épiploon sphacelé.

Le 8 juin, l'épiploon est complétement flétri, et je puis déjà en exciser quelques lambeaux ; la plaie continue à être le siége d'un suintement séreux fétide ; les téguments, à la circonfé-

rence, présentent une rougeur livide qui ne s'efface pas sous la pression du doigt ; les lèvres des incisions sont, sur quelques points, foncées et grisâtres ; l'épiderme se détache : il est évident que l'opération n'a pu empêcher le sphacèle de la peau dont la vitalité était déjà trop fortement compromise ; néanmoins il n'y a pas de fièvre. L'état général est bon ; il n'y a point eu de nouvelle évacuation, mais il n'y a non plus ni nausées, ni vomissements. Le ventre est souple et indolore. Ce jour-là, se déclare une rétention d'urine qui nécessite deux fois le cathétérisme dans la journée.

A dater de ce jour jusqu'au 21 juin, nous assistons aux progrès d'un travail éliminatoire, par lequel la nature s'efforce, lentement il est vrai, mais d'une manière continue, de se débarrasser de toutes les parties frappées à mort pendant les huit jours d'étranglement qui ont précédé l'opération.

Le sphacèle de l'épiploon, développé le premier, marche rapidement, et chaque jour il s'en détache de larges lambeaux ; mais là ne se borne point la mortification. La totalité du suc, qui forme les parois de la plaie, noircit, se gangrène et ne se détache que plus lentement ; la peau elle-même est atteinte. Dès le lendemain de l'opération, j'avais reconnu la teinte livide des lèvres des lambeaux de l'incision et le soulèvement de l'épiderme. L'érysipèle précurseur, au lieu de s'éteindre aussitôt après le débridement, avait continué à marcher : le 30 juin, il s'étend à 3 centimètres au-dessus et à 2 au-dessous de la plaie ; en dedans, jusque vers la ligne médiane ; en dehors, jusque vers le grand trochanter : en même temps les angles des lambeaux noircissent de plus en plus. Le 12, cependant, l'érysipèle paraît être borné en dedans par la ligne médiane et la grande lèvre, tandis qu'il s'étend en dehors jusqu'au creux de la fesse. Le sphacèle a envahi toute la circonférence de la plaie et toute l'étendue de la cavité : (pansement avec de la charpie enduite de styrax ; onctions mercurielles). Le 18, l'érysipèle a pâli et ne paraît plus faire de progrès ; la ligne de séparation de l'eschare de la peau se dessine, le 14 et les jours suivants, en commençant par la partie inférieure parallèlement à l'incision et suivant un trajet légèrement frangé, distant de celle-ci d'à peu près un centimètre. En même temps les lambeaux du fond de la plaie se détachent, et une suppuration de bonne nature s'établit. L'érysipèle est entièrement effacé le 15. Ce jour-là, il se manifeste au sacrum une petite excoriation, entourée d'une aréole inflammatoire qui s'éteint le lendemain. Le 16 juin, la ligne de démarcation de l'eschare est tracée dans toute sa circonférence ;

elle comprend la totalité des deux lambeaux de l'incision en T de la peau, et s'étend un peu en bas et en dedans sur la grande lèvre. Les 18, 19 et 20, les eschares continuent à se détacher; la plaie est complétement détergée le 21.

Mais, en même temps, d'autres phénomènes appelaient aussi notre attention. Au moment de l'ouverture du sac, ai-je dit, il s'était écoulé une abondante quantité de sérosité sanguinolente trouble, ainsi que cela se voit toujours lorsque l'étranglement existe déjà depuis longtemps ; aussi ne fus-je pas surpris, les premiers jours, de voir continuer cet écoulement ; obligés que nous avions été de laisser l'épiploon en dehors, j'attribuai la persistance de cet écoulement à une exsudation que l'on pourrait presque appeler cadavérique, cette portion de l'épiploon étant frappée de gangrène. Mais peu à peu ce liquide changea de caractère en augmentant simultanément de quantité. Le 9 juin, il était devenu citrin et transparent ; sa coexistence avec la rétention d'urine fit supposer à la malade que l'urine s'échappait par la plaie, ce qui la préoccupait vivement. Je la rassurai à cet égard en pratiquant la cathétérisme ; cependant cet écoulement, en continuant toujours, devenait d'une abondance excessive ; les pièces de pansement et la charpie que l'on mettait dans la plaie étaient imbibées en quelques instants : alors que la plaie venait d'être abstergée avec le plus grand soin, on voyait un flot de ce liquide sourdre tout à coup comme de source du fond même de la plaie dans le point précis correspondant à l'ouverture de l'anneau, en remplir toute la cavité, et même s'écouler sur les téguments. Il me fut possible d'en recueillir plein un verre pendant un seul pansement. Ce liquide était parfaitement diaphane, légèrement citrin, analogue pour les caractères physiques au liquide de l'ascite ; je regrette qu'il n'ait pas été soumis à l'analyse. Quelques précautions que l'on prît, il était impossible d'empêcher la malade de reposer dans l'humidité, et cette cause peut avoir contribué pendant un certain temps à l'extension de l'érysipèle et à la production de l'excoriation du sacrum que j'ai signalée. Pour en éviter, autant que possible, les effets nuisibles, le mari avait plié un drap de lit en quatre doubles suivant sa longueur, et, en faisant un rouleau, il plaçait la malade d'abord le plus près possible de l'un des chefs, et le déroulait ensuite peu à peu pour la replacer sur le sec aussitôt que la première place était pénétrée d'humidité : eh bien ! le rouleau entier était mouillé en une demi-journée, et, même avec cette précaution, il était impossible que la malade fût couchée sèchement pendant quelques instants. Le 11 juin, le liquide commença à se mélanger de quel-

ques flocons jaunâtres tenus en suspension, analogues à ceux qui s'observent dans le liquide de certaines pleurésies aiguës, et qui plus tard contribuent à la formation des adhérences. Je pensai que ce liquide était le produit d'une sécrétion péritonéale exagérée. M. le docteur Foullioy, qui ce jour-là voulut bien venir voir la malade, fut, comme moi, frappé de cette abondance, et supposa d'abord que c'était le liquide des boissons coloré par son passage à travers l'intestin et sortant par une perforation, mais un examen attentif nous laissa tous deux dans le doute à cet égard. D'abord, en quantité, ce liquide excédait de beaucoup la somme des boissons; en second lieu, il ne s'échappait point encore de gaz par la plaie, ce qui aurait dû avoir lieu s'il y eût en déjà une perforation, le liquide sortant tout à coup avec une telle abondance, qu'il aurait fallu une perforation de large dimension pour l'expliquer. Le 12 juin, il commençait à diminuer un peu de quantité, et les flocons signalés se montraient plus souvent. Mais, dans certains moments, en découvrant la plaie, on la trouvait remplie d'une espèce de mousse jaunâtre. Quelquefois, rarement encore, quelques bulles de gaz commençaient à s'échapper à travers le liquide dont la plaie était remplie. Les 13, 14 et 15, l'abondance du liquide diminue; celle des matières mousseuses augmente en même temps; ces matières sont jaunâtres et inodores. A cette époque, j'eus avec l'honorable M. Malgaigne une conversation, dans laquelle je lui exposai ce que le cas me paraissait présenter d'insolite; M. Malgaigne pensa qu'il existait une perforation intestinale, et me dit avoir observé des cas analogues; il pensait que la totalité des matières liquides et albumineuses rejetées par la plaie étaient des produits intestinaux.

Les jours suivants, le liquide excrété par la plaie continua à diminuer en même temps que les matières excrétées augmentaient proportionnellement de quantité et de consistance. Les 17, 18, et 19, la cavité de la plaie nous parut contenir à chaque pansement quelques parcelles stercorales d'un jaune foncé, mêlées à une certaine quantité de cette mousse albumineuse, également fortement colorée en jaune-verdâtre.

L'état général de la malade, depuis l'opération jusqu'alors, avait été satisfaisant. La fièvre était tombée, et le pouls s'était établi, suivant un rhythme à peu près normal avec quelques oscillations seulement, comme il est facile de le concevoir. La langue s'était nettoyée à mesure que le cours des fonctions intestinales s'était rétabli. Le ventre était devenu et était resté souple et indolore. Le 10 juin, j'avais pu permettre un peu de bouillon de poulet, et graduellement, le 14, un peu de bouillon de bœuf.

Le 15, j'avais permis de l'eau rougie avec un peu de vin de Bordeaux ; le 16, un vermicelle léger ; le 18, deux potages ; le 19, un œuf à la coque. Cette alimentation avait toujours été prise avec plaisir, et digérée sans difficulté.

Le 11, un lavement lavatif amène une évacuation suffisante de matières stercorales formées jaunes. Les jours suivants, lavements émollients ; selles normales, à intervalles convenables.

Le 16, les matières stercorales, copieuses et moulées, deviennent grises, et, depuis lors, elles conservent cette couleur. Cette circonstance, coïncidant avec l'issue par la plaie des matières fortement colorées, écumeuses, que j'ai signalées, ne permit plus de douter qu'il existât une perforation intestinale.

La rétention d'urine avait persisté. Le mari de la malade avait appris à la sonder lui-même, et s'acquittait de ce soin plusieurs fois par jour.

Tels furent les phénomènes que présenta la marche de la maladie pendant les quatorze jours qui suivirent l'opération. Le 21 juin, la nature avait terminé son travail d'élimination et commençait celui de la cicatrisation ; la plaie était étendue, mais de bon aspect, recouverte dans toutes ses parties de bourgeons charnus de bonne nature, qui fournissaient une suppuration louable. Il sortait encore du fond de la plaie une matière mousseuse, demi-liquide, mélangée de quelques parcelles jaunâtres, peut être stercorales ; mais cette excrétion était devenue beaucoup moins abondante. L'appétit était bon, la digestion régulière, les selles copieuses, formées, moins grises ; le ventre souple et indolore, le pouls large, calme, régulier, l'intelligence parfaite, le moral tranquille ; la rétention d'urine persistait cependant encore.

Le 22, même état. Ce jour-là, vers le soir, un violent orage éclata sur Paris, et termina brusquement une longue période de chaleur caniculaire ; fut-ce une simple coïncidence, fut-il cause du changement qui se remarqua dès le lendemain ? à dater de ce moment, les efforts salutaires de la nature furent vaincus.

Le 23 juin, prostration des forces, diminution de l'appétit. Le fond de l'entonnoir, qui aboutit à l'anneau, prend une couleur un peu grisâtre. Je crois devoir panser cette partie de la plaie avec le styrax, qui avait été abondonné depuis quelques jours. Rougeur, tuméfaction, tension douloureuse à la fesse droite : onctions mercurielles sur cette partie ; les selles sont abondantes et grisâtres, la plaie fournit encore un pus de bonne nature, et fort peu des matières jaunâtres qui viennent de l'intestin.

Le 24, pouls un peu plus fréquent, langue sale ; on remarque toujours un fond gris autour de la partie profonde de la plaie ;

la tuméfaction de la fesse persiste, la rougeur diminue un peu, le ventre est encore souple et indolore : infusion de quinquina, bouillon, biscuits légers, trempés dans du vin de Bordeaux.

Le 25, le pouls a repris son état normal, sans chaleur à la peau ; la plaie continue à être le siége d'un écoulement bilieux, jaunâtre et écumeux ; elle est en bon état dans la partie externe ; mais, au centre et en dedans, vers la grande lèvre, elle présente une eschare grisâtre encore superficielle. L'estomac n'a pu supporter l'infusion de quinquina, qui a été rejetée. Même pansement, lotions sur la totalité de la surface de la plaie avec une décoction concentrée de quinquina; arroser l'eschare et les parties grises, qui menacent de se mortifier, avec du jus de citron. Potion tonique, composée :

Infusion aromatique.	125 grammes.
Sirop simple.	30
— de quinquina.	
Vin de Malaga.	30
Teinture de cannelle.	gt. 10.

à prendre par cuillerée, de deux en deux heures.

Le 26 juin, la potion a été prise régulièrement ; l'état général est le même, la faiblesse continue sans fièvre. La plaie est encore belle en dehors, mais recouverte d'une véritable eschare dans les deux tiers interne et moyen. Cependant elle ne s'agrandit pas. Issue assez abondante de matières liquides et écumeuses, un peu concrètes, bilieuses. Ouverture spontanée, à la pointe du coccyx, d'un abcès assez étendu, qui occupe les régions sacrée et fessière droite. Le pus est abondant, de bonne nature. La circonférence de l'abcès présente encore un peu d'induration. Même pansement, même prescription, bouillon, eau rougie.

Le 27, même état qu'hier ; l'abcès se vide bien, les parois n'en paraissent pas trop amincies. La plaie principale est dans le même état ; la peau qui l'entoure ne paraît pas devoir se mortifier. Un peu de constipation depuis quelques jours; la malade a pris deux demi-lavements, qui ont produit peu d'effet ; les matières fécales sont encore grisâtres.

Le 28. Insomnie, agitation ; l'eau rougie a été vomie hier soir et la potion ce matin. Langue sèche, pouls très-peu développé, plaie grisâtre, recouverte d'eschares noires dans une grande partie de son étendue, écoulement plus abondant des matières jaunâtres bilieuses; la constipation persiste malgré deux demi-lavements administrés hier soir. La peau paraît s'altérer un peu au-dessous de la plaie et à la région sacrée : cesser l'usage de la potion qui a été vomie, continuer le bouillon dans le but de soutenir

les forces autant que possible : même pansement, lavement laxatif.

Le soir les vomissements persistent, et deviennent très-fréquents; affaiblissement prononcé, ventre encore souple et indolore, la malade n'a pu garder le lavement : eau de Seltz vineuse, glace par fragments.

Mort dans la nuit, à trois heures du matin, le 29 juin.

Autopsie le 30 juin, à 7 heures du matin, 28 heures après la mort, avec l'assistance de M. le docteur Ch. Levaillant. — Il existe des traces d'une putréfaction déjà prononcée, une large plaie, par perte de substance, s'étend depuis l'épine iliaque antérieure et supérieure, jusqu'au milieu de la grande lèvre. La plus grande hauteur verticale, correspondant à l'anneau crural, est de un décimètre. Dans son tiers externe, elle est superficielle, et n'a détruit qu'une portion de l'épaisseur du derme. Mais dans ses deux tiers internes elle est plus profonde, et représente en réalité un vaste entonnoir, dont le sommet correspond à l'anneau lui-même; les parois de cette large excavation sont grisâtres et gangrenées.

A l'intérieur, il n'existe point de rougeur des anses intestinales, pas de liquide séreux ou purulent épanché dans la cavité abdominale, ni même dans l'excavation du petit bassin. Le grand épiploon qui recouvre la masse intestinale se porte de haut en bas, vers l'anneau auquel il adhère; large en haut, il se rétrécit en bas, de manière à offrir à peu près la forme d'un éventail; extérieurement, il se termine au centre et dans la partie la plus profonde de l'excavation formée par la plaie des téguments, en une sorte de mamelon dur, arrondi, véritable moignon dont s'est détachée la portion herniée, détruite par la gangrène. Quelques adhérences peu consistantes existent entre le cul-de-sac du cœcum et la portion du péritoine pariétal qui l'avoisine immédiatement. D'autres adhérences filamenteuses existent aussi, entre quelques points des anses intestinales qui avoisinent la région crurale et le péritoine pariétal correspondant; mais ces vestiges d'une péritonite partielle éteinte ne sont entourés d'aucune rougeur, d'aucune arborisation vasculaire, ni d'aucune autre lésion indiquant une inflammation encore existante de la séreuse.

A la réunion de ses deux tiers supérieurs avec l'inférieur, l'intestin grêle passe derrière l'anneau crural et y adhère; la portion supérieure est sensiblement plus large que l'inférieure. Pressés par le temps, nous détachons la pièce pour pouvoir l'examiner avec plus de soin qu'il n'eût été possible de le faire sur place.

L'épiploon et l'intestin adhèrent ensemble et à l'ouverture de l'anneau qu'ils cachent entièrement. L'épiploon est situé en avant,

l'intestin en arrière; les adhérences qui les réunissent entre eux sont solides; les adhérences circulaires, qui entourent le faisceau qu'ils forment par leur réunion, et le fixent à la circonférence de l'anneau, paraissent moins résistantes; nulle part, cependant, nous ne découvrons d'ouverture qui fasse communiquer la cavité péritonéale avec l'extérieur, mais ces adhérences, faibles et extensibles, cèdent et se déchirent sous une traction légère; elles sont, dans quelques endroits, presque translucides. L'intestin correspondant à l'anneau offre une plicature brusque, et l'angle rentrant, qu'il forme en ce point, est le siége d'une adhérence qui s'oppose à son redressement, mais qui n'est guère plus solide que celles de la circonférence.

Ayant incisé l'anse intestinale dans toute sa longueur, nous constatons d'abord l'existence à l'intérieur d'un éperon saillant, correspondant au point de flexion de l'intestin, et rétrécissant un peu son calibre. Cet éperon semble même repoussé un peu vers le bout inférieur et constitue, en quelque sorte, le rudiment d'une invagination qui n'occuperait qu'une moitié de la circonférence de l'intestin; exactement en face de cet éperon, se voit une perforation du calibre d'une plume à écrire ordinaire, qui fait communiquer la cavité de l'intestin, avec la plaie extérieure, immédiatement à côté et en dedans du mamelon formé par l'épiploon. Le bout inférieur de l'intestin est sain jusqu'au niveau de cette perforation, et du repli qui le sépare du bout supérieur. Celui-ci, au contraire, dans l'étendue de trois centimètres à partir des mêmes limites, présente une surface sur laquelle la membrane muqueuse est épaissie, d'un gris lie de vin, manifestement altérée, sans cependant qu'elle paraisse frappée de gangrène. Il n'y a point de cercle inflammatoire tracé autour de cette partie altérée.

L'artère obturatrice ne passe point derrière le ligament de Gimbernat; la trace du débridement de celui-ci est effacée.

La précipitation avec laquelle il nous a fallu procéder à cette autopsie nous a forcés de négliger certains détails qui eussent pu offrir de l'intérêt; c'est ainsi que nous n'avons examiné ni l'intérieur de la vessie, ni l'état dans lequel se trouvait l'abcès de la région sacrée. Cependant l'utérus nous ayant frappés par sa forme irrégulière, nous avons pris les moyens de l'examiner à loisir.

Il n'offre à peu près en totalité que son volume normal, mais il présente extérieurement plusieurs tumeurs de volume variable, toutes dures et de consistance fibreuse. Le col est à l'état sain; ayant fendu l'organe sur toute la longueur de la face antérieure, depuis le col jusqu'au fond, nous voyons que la cavité est

à l'état normal, qu'aucune tumeur ne fait saillie du côté de la cavité, toutes étant sous-péritonéales. Du côté droit, sur la face antérieure, exactement sur le bord de notre incision, est une petite tumeur arrondie, du volume d'un gros pois, dont le tissu est blanc, dense, exactement fibreux ; une couche mince de tissu utérin la sépare du péritoine.

A peu de distance de cette première tumeur, mais un peu plus sur le côté et plus près du col, existent deux tumeurs analogues, mais un peu plus volumineuses, dont la plus grosse offre approximativement le calibre d'une noisette. Ayant cherché à la diviser avec le bistouri, la lame de l'instrument est arrêtée dans son centre par une concrétion calcaire crétacée, sur laquelle s'ébrèche le tranchant. La périphérie, au lieu d'être blanche, est fortement colorée en rouge ; cette tumeur n'est séparée du péritoine que par une couche très-mince de tissu utérin, auquel elle n'adhère que faiblement, car une légère pression exercée latéralement suffit pour l'énucléer. La troisième tumeur, contiguë à celle-ci, offre la même structure. Une quatrième tumeur, du volume d'un grain de chènevis, est située au milieu de la face postérieure ; elle n'est formée intérieurement que de tissu fibreux, blanc, homogène ; elle ne tient que par un pédicule grêle, uniquement formé par le péritoine qui l'enveloppe. Deux autres tumeurs siégent à la partie postérieure, sur la moitié gauche de la matrice. La plus volumineuse des deux offre le calibre d'un marron, elle est exactement sous-péritonéale, et n'est appliquée sur le corps de l'utérus que par une moitié de sa surface. Son tissu est parfaitement blanc, dense, homogène, sans apparence de vaisseaux. L'autre, un peu moins grosse, mais également sous-péritonéale, est colorée en rouge et présente dans son centre une concrétion calcaire, réfractaire au tranchant de l'instrument.

Ces particularités, bien qu'étrangères au sujet principal de cette observation, m'ont cependant paru assez intéressantes pour que j'aie cru devoir les rapporter avec quelque détail. On remarquera surtout que celles de ces tumeurs, qui ne présentaient point de concrétion ossiforme dans leur intérieur, avaient conservé une texture essentiellement fibreuse, et n'étaient formées que d'un tissu blanc, dense, homogène, sans apparence de vaisseaux, tandis que les autres, au contraire, présentaient intérieurement une coloration rouge, qui indiquait évidemment une circulation sanguine, beaucoup plus active dans leur tissu. Sans insister sur ce qu'il y a eu d'irrationnel dans les premiers soins donnés à cette malade, et sans rechercher quelle marche eût suivi la maladie, si l'on eût adopté au début une conduite plus

conforme aux préceptes de l'art, je me bornerai à analyser le fait tel qu'il s'est présenté à notre observation, et à en discuter quelques particularités intéressantes.

Une première circonstance, digne de fixer notre attention, c'est la disproportion qui existait entre le volume de la portion épiploïque et celui de la portion intestinale de la hernie. Il me paraît probable que la portion épiploïque existait depuis longtemps dans la tumeur, et que c'est à l'addition de la portion intestinale qu'ont été dus les phénomènes de l'étranglement. Quoi qu'il en soit à cet égard, cette portion, par sa forme seule, et indépendamment des adhérences qu'elle pouvait avoir contractées depuis plus ou moins longtemps, était certainement irréductible, et eût pu occasionner de graves perplexités au chirurgien, si, dans le principe, on eût pratiqué le taxis. En effet, à supposer que l'intestin eût pu être réduit, le cas eût été un de ceux dans lesquels une portion plus ou moins considérable de la tumeur reste irréductible après la réduction, même complète, de l'anse intestinale elle-même. La présence de cette portion réfractaire à tous les efforts, et qui eût représenté au moins les trois quarts de la tumeur, eût pu porter le chirurgien à persévérer dans des tentatives inutiles et, par conséquent, susceptibles de nuire, ou même à pratiquer l'opération, si les accidents eussent persévéré quelque temps encore après la réduction.

Cette portion épiploïque était déjà frappée de gangrène, tandis que la portion intestinale de la hernie était encore douée de vie. Il est probable, ainsi que j'en ai fait la remarque dans le cours de l'observation, que c'est elle qui a protégé l'intestin contre l'influence délétère de la constriction. Il est vrai que le point de l'intestin qui avait été directement étranglé par l'anneau a été consécutivement frappé de mortification dans une certaine étendue ; mais cette mortification n'a été que très limitée, ainsi que l'a démontré l'autopsie, ce qu'il avait été possible de préjuger pendant la vie, puisqu'il n'était jamais sorti par la plaie qu'une très-petite quantité de matière stercorale, tandis que les quatre-vingt dix-huit centièmes des fèces au moins passaient librement dans le bout inférieur de l'intestin.

Avons-nous eu tort, avant de pratiquer la réduction, de ne point attirer l'intestin au dehors pour nous assurer de l'état de cette portion correspondante à l'anneau ? J'avoue que, dans le cas actuel, cela a été une omission. Peut-être cependant eût-il été impossible de reconnaître cette mortification, très-limitée, et qui pouvait n'être point encore assez avancée pour se manifester par des signes positifs. Mais peut-être aussi l'omission a-t-elle été

plus avantageuse que nuisible; en effet, si nous eussions reconnu l'eschare qui s'est détachée ultérieurement, aurions-nous osé réduire ? Si nous ne l'eussions point osé, il eût fallu établir un large anus artificiel, et en cela nous aurions certainement diminué les chances favorables, que la malade nous a présentées pendant quelque temps, Ce fait prouve donc que, lorsque l'eschare est peu étendue, la nature peut quelquefois se suffire à elle-même par des moyens bien préférables à ceux que l'art peut employer. Il vient donc à l'appui du précepte qui prescrit de réduire lorsqu'il n'existe sur l'intestin qu'une eschare de très-petite dimension située au niveau du collet du sac ou de l'anneau.

Quant à l'épiploon, y aurait-il eu de l'avantage à exciser la portion mortifiée qui excédait l'anneau, et réduire ensuite? Cette opinion pourrait être soutenue; dans le cas actuel, ce n'eût point été praticable, car nous ne savons point si l'épiploon, qui était probablement hernié depuis longtemps, n'avait pas aussi de longue date contracté des adhérences avec l'anneau; et, d'autre part, je ne pense pas que la conduite que nous avons tenue ait eu d'inconvénient réel. Il ne me paraît pas que le séjour dans la plaie de la portion d'épiploon qui était frappée de grangrène ait contribué à l'extension du sphacèle, car bien certainement les parties qui en ont été atteintes étaient, au moment de l'opération, assez profondément lésées dans leur vitalité pour ne pouvoir lui échapper. Avant de réduire, il aurait fallu lier ou tordre les rameaux artériels contenus dans le pédicule; la malade était dans un état trop grave, pour que nous ayons cru devoir prolonger l'opération alors que ce n'était pas absolument indispensable; et d'ailleurs, quelques soins que nous y eussions mis, il eût toujours été possible d'omettre quelque ramuscule, qui aurait pu devenir la source d'une hémorrhagie intérieure.

Je parlais, il y a un instant, des ressources que la nature sait employer quelquefois pour prévenir les fâcheux effets d'une perforation intestinale. C'est, je crois, à cet ordre de considérations que doit se rattacher l'étude de cet abondant écoulement de liquide que nous avons remarqué dans ce cas. J'ai indiqué, dans le cours de l'observation, les doutes de deux hommes dont l'opinion peut certainement faire autorité sur cette matière; pour ma part, j'avais vu d'abord dans ce fait le résultat d'une péritonite, et j'en étais inquiété. Je n'y voyais alors qu'une complication, et je ne saisissais pas son *motif d'être*. Aujourd'hui je crois devoir considérer ce phénomène comme le résultat d'une prudente précaution de la nature; cet écoulement n'était, à mon sens, que le premier symptôme d'une péritonite adhésive, préserva-

trice, partielle, bénigne dans ses symptômes, par cette raison même qu'elle était salutaire dans son but. Personne n'ignore qu'après une période de sécheresse exagérée, qui ne dure ordinairement que fort peu de temps, le premier effet de l'inflammation des séreuses est une abondante augmentation de l'exhalation qui leur est propre. Lorsque des adhérences doivent se former, l'exhalation diminue ensuite de quantité, des concrétions albumineuses se produisent dans le liquide, se déposent sur les surfaces et s'y organisent. Dans le cas qui nous occupe, ce liquide, après s'être montré d'abord pendant plusieurs jours avec une abondance qui, même en admettant mon explication, doit encore être considérée comme remarquable, mais d'une limpidité parfaite, s'est peu à peu mélangé de concrétions flottantes albumineuses, semblables à ces algues qui surnagent à la surface des eaux dormantes, concrétions dont l'abondance nous a paru aller en augmentant à mesure que diminuait la quantité du liquide lui-même. Ces concrétions ont été, selon moi, les indices certains du travail d'adhésion qui se faisait alors entre les feuillets du péritoine, travail dont nous avons vu le résultat organisé dans ces adhérences qui fixaient l'intestin autour de l'anneau, maintenant la perforation en rapport avec la plaie extérieure, et s'opposant à ce que les matières excrémentitielles se répandissent dans la cavité abdominale.

Plus tard, le caractère du liquide fourni par la plaie a changé de nature ; il est devenu poisseux, écumeux, fortement verdâtre ; en même temps les selles sont devenues grises. A cette époque, la perforation intestinale devait être effectuée, la bile s'échappait par l'ouverture fistuleuse, et les fèces continuaient à cheminer décolorés à travers les parties inférieures du tube digestif. Je regrette que l'examen chimique et microscopique de ces différents produits n'ait pas été fait à ces deux époques successives ; car la proposition qui n'est aujourd'hui que l'exposé d'une manière de voir individuelle se présenterait peut-être appuyée d'une démonstration positive. Il me paraît probable que les faits analogues qui ont pu être observés doivent se prêter à la même explication, et que ceux qui pourront se présenter par la suite, observés dans ce sens, devront fournir la confirmation de cette idée.

Nous avons vu dans cette observation la nature lutter pendant seize jours avec succès et triompher pas à pas de tous les obstacles qui pouvaient s'opposer à une terminaison heureuse. Le travail éliminatoire s'était fait d'une manière régulière complète et s'était maintenu dans les limites de ce qui était absolument nécessaire à la guérison. Le seizième jour il était achevé, et la

nature avait déjà posé les premières bases de son travail de répation ; mais alors a eu lieu un revirement subit et inattendu, la gangrène s'est montrée de nouveau, et la malade a succombé le vingt-troisième jour. La simultanéité de ce changement et d'un orage violent me paraît une circonstance importante à signaler. Il y a eu là, je crois, plus qu'une simple coïncidence. Les faits de ce genre ne sont pas rares dans la science, mais celui-ci me semble offrir un véritable intérêt sous ce rapport en raison de la durée, et je pourrais même dire de l'efficacité des efforts que la nature médicatrice avait accomplis jusqu'au moment où elle a été vaincue dans ses tendances salutaires par l'influence pernicieuse de cette brusque perturbation météorologique.

(*La suite à un prochain numéro.*)

MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 13. *Mémoire sur quelques questions relatives à la désarticulation de la jambe*; par le docteur A. OLLAGNIER, chirurgien-major.

(Suite et fin : *voir* t. II, février 1849, p. 175; t. III, mars, p. 176.)

(Gazette médicale de Paris, N° 9 ; 1849.)

CHAP. III. — *Accidents particuliers à l'amputation du genou, et moyen de les prévenir.* — En nous rappelant ce que nous avons dit, dans le résumé analytique des causes de revers rapportées au commencement de ce Mémoire, nous voyons que ces causes peuvent se rapporter à deux ordres : le premier, comprenant celles qui sont de nature à pouvoir être conjurées ; le second, celles qui sont pour ainsi dire inévitables. Parmi celles-ci, nous plaçons l'âge des sujets, la constitution épidémique, les affections régnantes, les accidents communs à toutes les opérations ; parmi celles-là, au contraire, nous rangeons la mauvaise disposition des parties molles, le choix du procédé opératoire, l'inflammation de la capsule synoviale, le sphacèle du lambeau, le développement de fusées purulentes. Dans cette dernière partie de notre travail, où nous voulons apprécier quelques moyens capables de diminuer les dangers de la désarticulation de la jambe, il ne doit être question que de causes d'insuccès qui sont de nature à pouvoir être prévenues.

Les accidents qui se rattachent à cet ordre de causes ont presque toujours leur point de départ dans la disposition anatomique des parties qui composent le genou, région qui diffère de toutes celles sur lesquelles on est appelé à porter le couteau.

Partout ailleurs, excepté à l'extrémité des membres, les os sont entourés de parties charnues ; la peau repose sur des tissus, riches en capillaires sanguins, avec lesquels elle a des connexions

plus ou moins intimes. Le coude est la partie qui présente avec le genou le plus de ressemblance, et encore la disposition des synoviales qui tapissent ces deux articulations offre-t-elle des différences importantes. Chez l'adulte, et à plus forte raison chez le vieillard, la peau du genou ne présente pas, dans toute sa continuité, le même degré de vascularité. En avant et sur les côtés de cette articulation, elle repose sur un tissu cellulaire, dense et serré, ayant avec le tissu aponévrotique la plus grande analogie de structure. Au-dessous de cette dernière lame, se trouvent l'aponévrose d'enveloppe; puis les expansions fibreuses et tendineuses qui s'attachent à la partie supérieure du tibia, et enfin l'appareil ligamenteux, la membrane synoviale et les os. Comme de toutes les parties du corps, celles que je viens de désigner sont celles qui reçoivent le moins de vaisseaux sanguins, il s'ensuit que la peau qui les recouvre est aussi moins pourvue de capillaires que celle qui est en rapport avec des parties charnues. Or, pour peu que l'on conserve dans le lambeau une portion de peau, disposée à se mortifier, soit à cause de sa longueur, soit à cause de l'état de maigreur du sujet ou de son âge avancé, ou de l'affection qui réclame l'amputation, entre autres le phlegmon diffus, s'étendant jusqu'au genou, il est bien certain que le lambeau pourra se sphaceler ici plus facilement qu'ailleurs.

Quant à la synoviale, après avoir tapissé les surfaces articulaires de la poulie fémorale, elle remonte derrière le muscle triceps, et ne se réfléchit sur elle-même qu'après avoir formé un vaste cul-de-sac, dont le fond s'élève au moins, dans l'état normal, à trois travers de doigt au-dessus de la rotule; de sorte que si, sur un cadavre, on enfonce perpendiculairement un scalpel à trois travers de doigt au-dessus de cet os, on est presque toujours certain d'entrer dans la cavité synoviale. En arrière, cette même membrane, partant de la circonférence des cartilages diarthrodiaux, se réfléchit sur elle-même, en formant derrière chaque condyle un sinus assez profond. Il en est à peu près de même pour la partie latérale de ces éminences, où l'on remarque aussi des sinus ou étroites gouttières appartenant au même système, et se continuant avec les précédents. Il résulte évidemment de cette dernière disposition que si l'inflammation vient à se développer sur un point de cette vaste poche synoviale, elle pourra se propager à toute son étendue, et donner lieu à une suppuration abondante, suintant d'une surface profondément sinueuse, circonstance défavorable à son libre écoulement. Les liquides pathologiques, séjournant dans cette plaie, pourront agir comme des corps étrangers, cause d'abcès et de fusées purulentes qui

s'étendront dans les espaces intermusculaires de la cuisse.

Les accidents que nous venons de signaler, comme se rattachant à la disposition anatomique du genou, réclament les trois indications suivantes :

1° Éviter de laisser dans le lambeau une portion de peau susceptible de se sphaceler ;

2° S'opposer au séjour des liquides dans cette partie de la cavité synoviale qui reste après l'opération ;

3° Prévenir l'inflammation de cette portion séreuse.

Pour remplir la première indication, il est indispensable de faire choix du procédé opératoire le mieux approprié au cas dont il s'agit. Cherchons à apprécier les avantages et les inconvénients des procédés qui ont été le plus souvent appliqués à cette désarticulation.

A. — Méthode circulaire. — Nous croyons pouvoir conclure, d'après la disposition anatomique de la partie, et surtout d'après les observations rapportées ci-dessus, qu'en suivant la méthode circulaire, on s'expose à laisser dans le lambeau une portion de peau, qui, *dans certains cas*, est susceptible d'être frappée de sphacèle. Chez les enfants, qui ont la peau très-vasculaire et la cavité synoviale peu développée, elle doit réussir à merveille, comme cela a eu lieu pour la petite malade opérée par M. Murville. Toutes choses égales d'ailleurs, elle offre plus de chances de succès chez les jeunes gens que chez les adultes ; mais elle expose à de graves dangers les individus maigres et avancés en âge, ceux qui ont la peau sèche et le système vasculaire apauvri, ceux qui, comme les militaires en campagne, sont quelquefois affaiblis par de longues privations, de longues souffrances, ceux chez qui le tissu cellulaire sous-cutané a été affecté de phlegmon diffus ; enfin cette méthode expose au sphacèle du lambeau toutes les fois que, dans les circonstances indiquées ci-dessus, celui-ci est plus long qu'il ne doit l'être, c'est-à-dire ayant plus que les dimensions nécessaires pour recouvrir les condyles.

B. — Procédé de M. Baudens. — Ce procédé appartient à la méthode mixte de l'auteur, méthode sur la valeur de la quelle l'expérience semble déjà avoir prononcé, et dans laquelle son inventeur se propose d'obtenir pour toutes les amputations un lambeau ovale, plus long en avant qu'en arrière, et pouvant retomber par son propre poids sur la surface saignante. D'après ce procédé, la désarticulation de la jambe se fait en trois temps : 1° section ovalaire de la peau, de manière à en conserver en avant une longueur de cinq travers de doigt, à partir du bord inférieur de la rotule, et trois seulement en arrière dans le creux

poplité. 2° Le tissu cutané est relevé sous forme de manchette jusqu'au bord inférieur de la rotule, après avoir été disséqué partout, excepté dans le jarret, où les liens celluleux qui l'unissent aux muscles doivent être conservés. 3° Le couteau est plongé entre les surfaces articulaires, et tous les ligaments sont coupés, jusqu'au ligament postérieur ; là un aide engage les doigts de manière à comprimer l'artère poplitée. Enfin l'opérateur rase la face postérieure du tibia et du péroné, pour détacher les muscles de cette région et les diviser au niveau de la peau. Ajoutons à cela que par une manœuvre habile, qui lui est particulière, M. Baudens a la précaution de laisser ce lambeau cutané doublé de toute la couche de tissu cellulaire qui l'unit à l'aponévrose.

Or, si les reproches que nous avons adressés à la méthode circulaire sont quelque peu fondés, on comprend que, dans les mêmes conditions, le procédé de M. Baudens doit présenter encore plus de dangers que la méthode circulaire. Les faits le constatent : que l'on se rappelle le résultat malheureux de l'opération pratiquée en Afrique par M. S., celui que M. Baudens lui-même a obtenu sur un malade amputé secondairement à Lille, et l'on sera forcé d'avouer que les cas dans lesquels ce vaste lambeau anaplastique, appliqué sur une surface cartilagineuse, pourra s'y agglutiner, ne sont pas ceux qui se présentent le plus ordinairement dans la pratique. Ainsi que l'expérience le prouve, ce procédé ne convient, en effet, que chez les individus jeunes et robustes, d'une bonne constitution, qui ont la peau doublée d'une couche suffisante de tissu cellulaire, et amputés immédiatement après la blessure. Il a l'avantage incontestable de donner lieu à un lambeau retombant par son propre poids sur la surface des condyles, et après la réunion, à une plaie située à la partie la plus déclive du moignon, précisément dans le point où les liquides tendent à s'infiltrer dans le tissu cellulaire du creux poplité. Après la guérison, l'opéré peut toujours se servir d'une jambe de bois, aussi facilement que s'il avait été amputé dans la continuité de la jambe ; mais il faut savoir distinguer les cas dans lesquels il est applicable. Toutefois, lorsque l'état des tissus ou tout autre motif oblige de lui préférer la méthode circulaire, il ne faut pas désespérer d'obtenir un résultat définitif à peu près analogue, ainsi que nous l'avons vu chez la petite fille opérée par M. Murville.

C. — Méthode à lambeau. — La méthode à lambeau, d'après le procédé de M. Brasdor, celui qui a été suivi par M. Murville, met à l'abri des accidents reprochés aux méthodes précédentes.

Ici toutes les parties qui entrent dans la composition du lambeau sont douées d'un degré de vascularité suffisant pour fournir au travail de la cicatrisation. Cette portion de peau, qui tapisse le genou en avant et sur les côtés, si susceptible de se mortifier dans les circonstances énoncées ci-dessus, est comprise dans les parties à retrancher; ce qui reste de cette membrane pour revêtir le lambeau est en rapport avec des tissus charnus abreuvés de fluides nourriciers. On a reproché à ce procédé de donner pour résultat un lambeau qu'il est difficile de maintenir dans une position favorable à la réunion, et en effet, si ce lambeau n'est pas convenablement soutenu, il tend par son propre poids à se séparer de la surface opposée de la plaie ; mais qu'on ait la précaution de réunir la division par des points de suture et des bandelettes agglutinatives, que l'on exerce sur la base du lambeau une compression légère avec des compresses graduées, placées comme nous le dirons plus bas; en un mot, que toutes les pièces de l'appareil concourent à maintenir les parties dans un contact parfait, et l'on verra la cicatrisation marcher d'une manière aussi rapide que s'il s'agissait d'une plaie placée dans les conditions les plus favorables. C'est ce que nous avons observé chez le nommé Platet, puisque, vers le douzième jour, la réunion était presque complète. Ce résultat est d'autant plus remarquable chez ce malade, que le jour où il fut soumis à l'opération, son état général donnait à craindre le developpement d'une grave complication.

On a reproché en outre au procédé de Brasdor de donner lieu à un résultat dans lequel la cicatrice est située à l'extrémité du moignon, et par conséquent d'une manière défavorable pour la prothèse. Cet inconvénient mérite sans doute d'être pris en considération ; mais si l'on ne peut l'éviter qu'en tombant dans un inconvénient plus grave, il faut bien se soumettre à celui qui offre le moins de dangers. Celui-ci n'est pas de nature à compromettre l'existence, et nous avons cité des faits qui prouvent qu'une cicatrice située à l'extrémité du moignon n'empêche pas toujours l'usage d'une jambe de bois.

Dans un grand nombre de cas, le choix du procédé influe donc d'une manière puissante sur le résultat de cette opération, qui en cela fait exception à la règle générale. Peu importe, en effet, que l'on ampute une cuisse, un bras, un avant-bras, l'épaule même, d'après la méthode circulaire, mixte, à lambeau ou ovalaire, le résultat est à peu près le même au point de vue de la réussite. Il ne peut pas en être de même pour la désarticulation de la jambe. Chaque procédé peut ici trouver son application, mais dans des

cas donnés, variables, suivant l'âge, la constitution, l'état de maigreur ou d'embonpoint, d'épuisement ou de vigueur des sujets, suivant que l'amputation est pratiquée immédiatement ou secondairement. Ainsi, chez les enfants, la méthode circulaire doit être préférée à toute autre, et en présence des faits qui prouvent que la plupart des amputations, dans la contiguïté des membres, ne sont pas plus graves que celles de la continuité, on ne voit pas pourquoi la désarticulation, chez les enfants surtout, ne réussirait pas aussi bien et même mieux que l'amputation de la cuisse. Il en est à peu près de même pour les adolescents, doués d'une bonne constitution et de ce degré d'embonpoint naturel à la jeunesse. Parmi les adultes, il en est qui se trouvent dans des conditions analogues; les parties de la peau qui plus tard seront sèches, faciles à se réfroidir, conservent encore toute leur souplesse, leur chaleur; elles sont doublées d'une couche assez épaisse de tissu cellulaire. Pour ces cas, la méthode circulaire est encore applicable; on peut même lui préférer la méthode mixte, si on le juge à propos. Mais lorsqu'il s'agit de ces malades fatigués par un long séjour dans les hôpitaux, où ils ont subi infructueusement toutes sortes de traitements généraux et locaux, ou de ces sujets épuisés par d'abondantes suppurations, qui ne veulent se soumettre à une opération grave qu'à la dernière extrémité, comme on en rencontre si souvent dans la pratique civile, dans ces cas, quelle est la conduite qu'il faut tenir ? Faut-il renoncer à la désarticulation de la jambe ? Es-il démontré par les faits qu'on doive lui préférer l'amputation de la cuisse ? Non, cela n'est pas suffisamment prouvé ; il est encore permis de rester dans le doute sur ce point de pratique. Or, comme nous avons vu que, dans ces mauvaises conditions, les méthodes circulaire et mixte doivent le plus souvent échouer et n'ont produit jusqu'à présent que des revers , qu'au contraire, le procédé de Brasdor compte un bon nombre de succès, n'est-il pas logique de dire que, dans ces mêmes conditions, ce procédé peut encore réussir ? En attendant d'autres faits, c'est donc celui que l'expérience conseille de préférer à tout autre, lorsqu'on est appelé à désarticuler la jambe chez des individus arrivés aux dernières périodes d'une affection chronique.

Il nous reste à examiner deux procédés, celui de M. Smith et celui de Rossi.

Le procédé de M. Smith consiste à faire deux petits lambeaux, l'un antérieur, descendant jusqu'au-dessous de l'éminence antérieure du tibia; l'autre postérieur, pris dans l'épaisseur des muscles de cette région, et de même dimension que le premier. Ce

procédé, qui participe des avantages de celui de Brasdor, compte deux exemples de réussite, l'un obtenu par Béclard, l'autre par le professeur du collége d'Yale, à qui on l'attribue. En opérant de cette manière, on n'obtient que la quantité de tissus strictement nécessaire pour recouvrir les condyles ; si la réunion se fait par première intention, rien de mieux, mais, comme le fait remarquer M. Velpeau, si malheureusement la plaie suppure longtemps, il est à craindre que le lambeau postérieur ne se rétracte au point de laisser à découvert une partie de ces éminences. Il n'est donc pas permis, en définitive, de compter sur le résultat de ce procédé.

Enfin les altérations peuvent s'étendre en avant, en arrière ou sur les côtés, assez haut pour empêcher de suivre l'un des procédés réguliers dont il a été parlé jusqu'ici. Alors on est quelquefois autorisé à suivre le conseil de Rossi qui a pratiqué cette opération deux fois avec succès, et qui en exprime son opinion ainsi qu'il suit : « Elle est indiquée, lorsque les maladies « pour lesquelles on doit amputer le membre se sont arrêtées « au genou, y laissant intacte une quantité de téguments avec « lesquels on puisse former un lambeau assez grand ou même « deux pour recouvrir l'extrémité inférieure du fémur. » Toutefois, comme il est démontré qu'un lambeau cutané, pris aux dépens des parties antérieures ou latérales du genou, ne fournit pas toujours des matériaux assez plastiques pour que la cicatrisation puisse s'effectuer, il ne faut s'en rapporter au conseil de Rossi que lorsqu'il s'agit de sujets jeunes et d'une bonne constitution ; dans le cas contraire, il est préférable d'amputer la cuisse.

Deuxième indication. — *S'opposer au séjour des liquides dans les sinuosités de la plaie.* — Quel que soit le procédé suivi, le malade n'en est pas moins exposé à l'inflammation de cette portion de séreuse articulaire, qui reste après l'opération. L'expérience prouve que cette inflammation est le point de départ des abcès, et de ces vastes collections purulentes qui finissent par exténuer les forces, ou par avoir un retentissement funeste sur les viscères. On ne saurait nier que, dans quelques cas, ces accidents sont dus à des causes générales, dépendant d'un certain état de l'économie, et alors on a peu de chose à espérer des ressources de l'art ; mais ordinairement ils se développent sous l'influence de causes locales dont il est possible de se rendre maître. La cause la plus fréquente de ces abcès consécutifs est le séjour et l'altération de la synovie dans les sinuosités plus ou moins profondes de la séreuse articulaire. La première indication qui se présente pour en prévenir le développement consiste

à empêcher ce liquide de croupir dans les cavités qui le sécrètent, et de se mêler au pus, à l'air ou à d'autres matières propres ou étrangères à la plaie. Dans ce but, il est nécessaire de procéder au pansement du moignon de la manière suivante. Il faut, au moyen d'une compresse graduée, exercer une compression au-dessus de la rotule, afin de maintenir en contact les deux feuillets du cul-de-sac sus-rotulien. Il faut agir de même à l'égard des sinus qui existent derrière les condyles, en plaçant sur la face postérieure du moignon une compresse graduée qui s'oppose en même temps à l'infiltration des liquides dans le tissu cellulaire qut entoure les nerfs et les vaisseaux poplités. Si par ces moyens, aidés du repos absolu de la partie, on ne parvient pas, au bout d'un certain temps, à déterminer l'adhérence de ces feuillets, du moins obligera-t-on le liquide sécrété à s'écouler par la plaie au fur et à mesure qu'il sera produit.

Quant à la troisième indication, nous n'avons rien de particulier à ajouter à ce qui a été dit par les maîtres de l'art sur les moyens capables de prévenir l'inflammation après les grandes opérations.

Ici se bornent les recherches que nous avons faites sur une question difficile à résoudre avec le peu de documents qu'il est possible de se procurer. Si, comme nous l'espérons, nous avons donné aux faits leur véritable interprétation, nous croyons pouvoir résumer tout ce qui précède dans les propositions suivantes :

1° Si, dans l'état actuel de la chirurgie, il n'est pas encore possible de démontrer d'une manière absolue et par l'expérience acquise, que la désarticulation de la jambe est moins grave que l'amputation pratiquée au tiers inférieur de la cuisse, du moins les faits avancés jusqu'à ce jour ne prouvent pas le contraire.

2° Cette opération demande à être pratiquée par des procédés opératoires différents, suivant les conditions dans lesquelles les malades sont placés.

3° Chez les enfants, les jeunes sujets, les adultes d'une bonne constitution, amputés immédiatement ou quelques jours après l'accident, la méthode circulaire ou mixte peut avoir les plus heureux résultats ; mais il n'en est pas de même pour les sujets avancés en âge, amaigris, épuisés par de longues souffrances ou d'abondantes suppurations ; pour ces derniers cas, si l'on veut amputer dans le genou, aucun procédé ne paraît donner plus de chances de succès que celui de Brasdor.

4° Et enfin, après l'opération, on ne doit pas considérer la plaie comme aussi simple que celles qui résultent des autres amputations, attendu qu'ici la plaie est profondément sinueuse

et qu'il est très-important de procéder au pansement avec les précautions nécessaires pour empêcher le séjour et l'altération des liquides dans les replis qui le sécrètent.

VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

MALADIES MENTALES. — 14. *Réflexions sur une affection nerveuse complexe et difficile à caractériser ;* par M. le docteur MÉRIER, médecin en chef de l'asile des aliénés de Loir-et-Cher.

(Suite et fin : *voir* t. III, mars 1849, p. 185.)

(Annales médico-psychologiques, septembre 1848.)

Lucidité complète de l'intelligence ; réponses très-satisfaisantes sous tous les rapports. Il est revenu à son caractère doux, poli, honnête, timide ; seulement il est un peu plus *loquace* que de coutume.

Du 14 au 18 mars, rien à noter que l'augmentation progressive de sa *loquacité*. Il ne cesse de parler, de bavarder, et quoiqu'il ne déraisonne pas encore, cet état est tout à fait extraordinaire pour lui d'ordinaire si réservé, si timide même. Il dort peu ; on l'*empêche de dormir*, dit-il ; et, en effet, dans la nuit du 18 au 19, il commence à s'agiter et à frapper contre les cloisons de sa cellule. (Un bain prolongé dans la journée ; le soir, une potion calmante.)

Du 19 au 21. Dès le 19, il commence à délirer, et l'accès de manie se déclare avec évidence ; le regard est altéré, les yeux hagards et brillants ; enfin il présente cette physionomie, ce *facies* caractéristique des maniaques ; ses paroles sont, ainsi que ses mouvements, brusques, saccadés, incohérents, désordonnés. Il se plaint *à tort* qu'on ne lui donne pas à manger, injurie les sœurs et tout le monde sans motif ; en un mot, il est pris d'un accès de véritable *manie aiguë*. (Bain de cinq heures, pendant toute la durée duquel il n'a cessé de crier, vociférer, etc. ; bouteille de Sedlitz pour demain matin.)

Du 22 au 25. La bouteille de Sedlitz a produit plusieurs selles, mais sans résultat pour l'état mental ; agitation toujours croissante ; il injurie, tutoie tout le monde, et moi-même comme les autres, bien qu'il ait paru me respecter davantage jusqu'à ce jour. En un mot, la fureur et l'agitation sont à leur comble, et l'accès de manie est des plus violents. Les parents arrivent, et, pour essayer si leur vue le calmera, je lui permets, sur sa promesse d'être plus tranquille, de les voir. Mais au lieu de leur parler avec calme, il s'emporte, il crie, jure, pleure, et se met dans une

fureur extrême, et se livre à une foule de divagations et d'absurdités. Les yeux sont flamboyants et effrayants de colère; il méconnaît tout le monde, injurie ses parents qu'il aime beaucoup, et qui disent ne l'avoir jamais vu dans cet état, *et qu'il faut qu'on lui ait jeté un sort, et que le malin esprit le possède*, pour qu'il puisse se livrer à de telles divagations, à de si grands emportements. Cet état persiste quatre à cinq jours, pendant lesquels il n'a cessé de proférer les paroles les plus violentes, les plus *obscènes* même, chose extraordinaire chez un jeune garçon de la campagne, qui jamais n'était sorti de son village, ce qui fait dire à sa mère qu'il est certain que *c'est le démon qui lui inspire tout cela*. Sans cesse il se plaint de n'avoir pas *assez à manger*, et pourtant on lui donne autant qu'aux autres aliénés; mais l'état d'excitation où il se trouve stimule probablement ses fonctions digestives et son appétit.

Le 26. Amélioration marquée depuis hier. Je l'ai mis dans le bain *et sous la douche*; il m'a promis de se calmer, de ne pas injurier, de ne pas dire des obscénités, et de ne plus déchirer ses vêtements qui sont en lambeaux. En effet, à dater de ce moment, il redevient calme et reconnaît qu'il a été très-agité, *très-méchant*, dit-il, mais *non fou*; il prétend qu'il n'était qu'*en colère*, parce qu'on ne lui donnait pas *assez à manger*, et que c'est pour cela qu'il a fait toutes ses *sottises* et méchancetés. Il recommence à travailler; il tresse de la paille, et dès le lendemain il retourne aux travaux des champs avec les autres aliénés; depuis ce jour jusqu'au 15 avril, il a été constamment calme, lucide, laborieux et poli; seulement il conservait un peu de cette loquacité, de cette *espiéglerie*, qui n'était point dans son caractère, et qui faisait voir que réellement il n'était pas guéri et revenu à son état normal.

Le 15 avril, je le trouve le matin, à ma visite, dans son lit, atteint d'un nouvel accès semblable à ceux déjà décrits, sans mouvement, sans parole; sensibilité abolie, yeux fixés au plafond et ne paraissant rien apercevoir. Il semble plongé dans une extase profonde et mystique, reste insensible à toutes les stimulations, ne veut ni répondre, ni boire, ni manger, ni faire le moindre mouvement. En un mot, il est dans le même état que précédemment. Les membres conservent huit à dix minutes la position horizontale qu'on leur donne, puis ils retombent; mais il n'y a aucune roideur, aucune rigidité, etc. Toutefois, si j'insiste très-fortement pour lui faire prendre quelques chose dans la main, comme son mouchoir, son pot, il finit par obéir, mais comme une machine et sans paraître avoir la conscience de ce

fait. Si j'entr'ouvre ses dents, il sort une énorme quantité de salive très-filante et très-liquide. Il reste *huit jours* dans cet état, sans avoir fait un seul mouvement dans son lit, sans avoir rien dit, rien pris, ni boissons, ni aliments. La sécrétion urinaire, la défécation, sont tout à fait suspendues. Pendant ces huit jours passés entièrement dans son lit, le traitement a été nul à peu près : l'impossibilité de lui faire rien avaler, le peu de succès d'ailleurs, obtenus par les médications précédentes, m'engagent à renoncer à peu près à toute espèce de remèdes. Je le laisse au lit, et on s'est borné à essayer de lui faire avaler de temps en en temps quelques cuillerées d'une potion antispasmodique ; mais je doute qu'il en ait avalé, la salive qui coule en abondance chaque fois qu'on lui ouvre la bouche s'y opposant d'une manière à peu près absolue.

Il est à remarquer que cette fois-ci l'accès est survenu brusquement et sans aucune transition, ni gradation, comme dans les accès précédents : ainsi, la veille encore, il était allé travailler gaiement dans les champs, et il n'avait donné aucun signe d'imminence de rechute, tandis que précédemment il avait été très-aisé de s'apercevoir qu'il allait retomber. Cette modification est assez importante à noter, d'autant plus que bientôt nous aurons à constater une instantanéité plus grande encore dans la reprise de l'accès.

Le 22 avril. Aujourd'hui je le fais lever de force ; on l'habille, et lui-même il aide un peu à s'habiller. Toutefois, c'est avec une lenteur et une apathie extrêmes, et après l'avoir stimulé beaucoup, il répond : *Oui, non* ; *je n'ai pas soif* ; *je vous remercie.* Il reste donc levé et debout les journées entières dans la cour, mais à la même place où on le met en le levant. Jusqu'au 30, il reste dans cet état, répondant à peine : *Oui*, *non*, lorsque je réitère mes questions huit à dix fois. Même insensibilité, si je le pince, le pique, ou si je le frappe très-fort avec une vergette sur les doigts, qui semblent surtout engourdis et incapables de saisir les objets ; ils sont constamment dans l'extension, mais sans roideur. Les bras conservent la position horizontale qu'on leur donne ; puis ils retombent insensiblement au bout de huit à dix minutes. Pouls très-lent et très-petit ; respiration si faible, que je l'entends à peine. Peau peu chaude ; transpiration nulle.

Pendant tout ce temps, c'est-à-dire pendant quinze jours, il n'a rien mangé que quelques cuillerées de soupe ou quelques bouchées de pain qu'on lui fait prendre de force, et cela seulement pendant les trois ou quatre derniers jours. Il a bu tous les jours (depuis huit jours) un peu de vin sucré, mêlé d'eau, mais

par force. Il n'a pas gâté sa couche pendant cet accès ; il prenait lui-même son pot la nuit ; à plusieurs reprises, il a été purgé avec du calomel et de l'eau de Sedlitz ; à plusieurs reprises aussi, pendant ce dernier accès, je lui ai appliqué des ventouses scarifiées, soit avec un bistouri, soit avec un scarificateur ; et, malgré la douleur assez vive occasionnée par les incisions faites surtout avec un bistouri, jamais il ne s'est plaint et n'a donné signe de douleur. C'est ainsi que j'ai pu le couvrir de ventouses, soit à la nuque ou aux tempes, soit sur les bras et sur le tronc, en toute liberté et comme si j'opérais sur un cadavre. Il ne semblait pas s'apercevoir de ce que je faisais ; cependant les sens n'étaient point entièrement abolis, mais seulement considérablement obtus ; car à chaque fois que le scarificateur se détendait, il faisait un petit mouvement volontaire, occasionné seulement par le bruit et non par la douleur que lui faisait éprouver l'instrument, attendu que, quand je lâchais le ressort sans l'appliquer sur la peau, le même frémissement involontaire se faisait voir ; il *entendait* donc mieux qu'il ne *sentait*. Je lui frappais aussi de temps en temps avec une verge, et assez fortement, sur les doigts, et ce n'était qu'à la dixième ou douzième fois qu'il retirait un peu la main. Il semblait toujours très-faible sur les jambes, et ressemblait assez à un homme ivre, bien que jamais il ne tombât, quoique souvent, pour l'éprouver, on le poussât assez brusquement, et sur un obstacle qu'il savait soujours éviter, quoique paraissant *endormi*. L'idée de somnambulisme, de magnétisme, me vint plusieurs fois à l'esprit, mais je n'eus pas occasion ni même envie de le *magnétiser*, ayant peu de foi dans le magnétisme animal.

C'est à cette époque aussi que, pour le stimuler et pour chercher à le tirer de la torpeur dans laquelle je le voyais rester si longtemps, l'idée me vint de l'électriser en le soumettant aux secousses de l'appareil électro-médical de Breton. On lui plaça les deux cylindres en cuivre dans les mains. Ces secousses furent assez profondes pour lui faire agiter violemment les bras et les mains qui me semblaient comme paralysés, en quelque sorte, puisqu'ils ne pouvaient rien saisir ni retenir ; mais cependant la douleur qu'il en éprouvait n'était jamais assez forte pour le faire parler et pour vaincre ce que je regardais en ce moment comme une *opiniâtreté*, et un entêtement à ne vouloir pas me répondre. Plesieurs fois il cria, pleura même, en cherchant à se soustraire au contact de la machine, et il s'agitait un peu pour fuir ; mais immédiatement après il retombait dans le même état. Ces expériences, qui pourtant eurent *peut être* pour résultat de le stimuler plus fortement que tout ce que j'avais pu imaginer jusque-là, ces

expériences, dis-je, ayant paru le faire souffrir beaucoup et ne paraissant pas devoir amener de résultat curatif, j'y renonçai après trois ou quatre tentatives dont il a conservé un long souvenir, comme il me le dit plus tard. J'ai fait voir ce petit malade dans cet état à cinq ou six de mes confrères, et je les ai rendus témoins de toutes les expériences que j'ai faites sur lui, soit avec les ventouses, soit avec un fer rouge ou un charbon ardent, soit avec la machine électrique. Tous ces faits sont donc parfaitement authentiques.

Cet accès, qui dura environ quinze jours, se termina bientôt naturellement et sans médication par le retour progressif et graduel à son état ordinaire, c'est-à-dire à un état dans lequel la raison et la lucidité étaient parfaites, sauf l'excitation et la loquacité dont j'ai déjà parlé.

Le 25 mai, environ trois semaines après ce dernier accès, et après plusieurs alternatives de calme assez satisfaisant et d'agitation maniaque très-prononcée, rechute brusque et sans aucune transition, avec tous les symptômes déjà décrits ; la salive coule abondamment de la bouche. Il était constipé depuis plusieurs jours, et avait refusé opiniâtrément tout purgatif. Je le fais porter au bain dans cet état, et sous la douche, je veux le forcer à me parler, à me répondre, pensant toujours qu'il y a entêtement de sa part. La douche tombe très-fort sur la tête, et il ne paraît pas souffrir le moins du monde. Son père arrive en ce moment ; il cherche par toutes sortes de moyens à le faire parler, et Louis F. ne semble pas même s'apercevoir de sa présence.

Le 26, je le trouve dans le même état que la veille ; il est levé. Je le fais conduire à la pompe, et là je lui place le balancier dans les mains ; puis j'imprime le mouvement, et pendant *deux heures consécutives* et sans s'arrêter, il pompe d'une façon tout à fait automatique, comme une vraie machine, et ne quitte la place que parce qu'on vient le chercher pour le placer à table. Il ne veut pas manger ; on le reconduit à la pompe ; il se remet à pomper sans relâche, mais très-lentement et uniformément comme s'il était mû par un ressort, et ne s'arrête pas jusqu'à quatre heures du soir. Il ne lève pas les yeux, ne répond pas et rien ne peut le tirer de l'état de stupeur et d'inertie qui semble le *subjuguer*.

Le 28, je lui frappe très-fort avec ma vergette sur les doigts ; il pâlit tout à coup et son pouls devient insensible ; il semble qu'il va se trouver mal. Est-ce la douleur qui est cause de cette sorte de syncope ? Jusque-là, cela ne lui avait pas fait cet effet : mais la sensibilité *paraît* en ce moment même *exagérée* ; car si je

le pince même légèrement, il pleure et retire sa main, mais sans dire un seul mot de plainte. Il reste encore ainsi deux à trois jours pendant lesquels il ne mange pas seul : il faut lui mettre les aliments dans la bouche et il les avale alors sans paraître savoir ce qu'il fait.

Le 6 juin.—Après plusieurs jours encore ainsi passés, le voilà de nouveau en proie à un accès de manie des plus aiguës ; il crie, vocifère, casse, brise, déchire ses vêtements et jusqu'à sa chemise ; il est tout nu dans sa loge où il réduit en poussière la paille qui lui sert de lit, et il est tout barbouillé avec ses excréments ; obscénités incroyables pour un jeune garçon innocent jusqu'à ce jour. On ne comprend vraiment pas où il pu apprendre tout ce qu'il dit et fait. Quatre jours entiers se passent ainsi, et nuit et jour il ne cesse de crier, au point que sa voix est devenue tellement *rauque*, qu'il ne peut plus articuler un mot. Des bains de cinq à six heures, la douche *très-forte*, continuée pendant cinq à dix minutes, ne le calment aucunement et il ne semble nullement en souffrir ; au contraire, il dit que *cela lui fait grand bien*.

Le 9. Bientôt cependant il devient un peu plus calme, mais pas plus raisonnable : il ne cesse de dire des obscénités et de se livrer à toutes sortes de divagations, mais sans fureur ni colère : il ne casse, ne brise plus rien, ne déchire plus ses vêtements, mais ne comprend rien et ne peut se livrer à aucun travail. Il reçoit la visite de sa mère encore dans cet intervalle, et cette fois il ne l'injurie pas, mais il ne lui dit rien de raisonnable et ne lui témoigne aucune affection. Ainsi trouble général et absolu de toutes les facultés intellectuelles, et perte à peu près complète des sentiments affectifs ; tel était l'état de Louis F., depuis près de trois semaines, lorsque le 9 juillet, dans l'après-midi, j'arrive à l'asile.

Le 9 juillet.—Je l'engage à tresser de la paille : il s'y met volontiers et sans résistance ; mais à peine un quart d'heure s'est écoulé depuis qu'il a commencé, que sans aucune transition le voilà pris tout à coup d'un nouvel accès. La tresse de paille qu'il a commencée lui reste entre les doigts qui la tiennent machinalement et il conserve pendant plusieurs heures la position dans laquelle l'accès l'a surpris. J'ai beau lui parler, le secouer, le stimuler de toutes les façons, il reste sourd, immobile et muet.

Je le laisse au lit, où il passe de nouveau quatre jours et quatre nuits dans cet état ; au bout de ce temps, il semble se réveiller tranquillement et sortir d'un profond sommeil. Il parle posément, mais sans aucune suite ni cohérence. Les jours sui-

vants il est assez calme, et tresse de la paille dans sa loge. Il demande à revenir coucher dans son lit ordinaire au dortoir. Il y revient et y reste jusqu'au 23, où il faut le remettre en loge, parce qu'il s'agite de nouveau. Du 23 juillet au 1er août, plusieurs alternatives de calme et de fureur, pendant lesquelles il a constamment été privé de l'usage de sa raison, et sans pouvoir se livrer à aucun travail.

Le 2 août.—Rechute complète et subite dans un nouvel accès, qui cette fois dure cinq jours.

Dans la nuit du 5 au 6, il appelle un infirmier pour lui donner à boire, se plaignant d'un grand mal de tête. Le lendemain, à la visite du matin, je le trouve levé et se plaignant encore de la céphalalgie et d'un violent mal entre les épaules. Je lui demande pourquoi il ne me répondait pas quand je lui parlais la veille. Il répond : C'est que j'*étais ensommeillé* sans doute : c'est son expression. Mais il ajoute qu'il nous voyait bien, et entendait ce que nous disions sans pour cela nous parler ni nous répondre. En effet, il rapporte exactement plusieurs choses qui se sont dites et faites pendant son état léthargique : respiration et circulation normales : hier encore ces deux fonctions se faisaient très-*faiblement*.

Pendant trois semaines environ, cet état d'amélioration persiste : il ne déraisonne presque plus : il travaille assez bien, et ne dit plus d'injures ni d'obscénités. Il reçoit la visite de sa mère, et pendant près d'une heure qu'il a passée avec elle, il a été très-calme et très-raisonnable.

Le 29. Malheureusement depuis quelques jours il déraisonne de nouveau ; il n'est pas agité ni violent comme dans les accès précédents; mais il n'y a aucune suite, aucune liaison dans ses idées et ses paroles. Il n'est pas non plus capable d'un travail régulier et suivi. Pour tout traitement on cherche à le faire travailler, à le distraire en l'envoyant au dehors dans les champs avec les autres aliénés; quelques bains et quelques purgatifs salins lui sont administrés de temps en temps.

Le 15 septembre. — Depuis les derniers jours de la première quinzaine de septembre, Louis F. est beaucoup mieux : il ne déraisonne presque plus : il ne parle plus que très-peu et avec beaucoup de calme et de modération; il est plutôt timide et un peu mélancolique et silencieux que loquace et effronté. Il dort bien, travaille régulièrement, et, pour la première fois, demande à rentrer dans sa famille, contre laquelle jusque-là il avait paru conserver de la rancune et du ressentiment. Un changement très-remarquable s'est opéré dans toute son organisation, et il

paraît être redevenu ce qu'il était autrefois, doux, poli, timide, et très-affectueux pour tous ses parents qu'il paraissait haïr profondément dans tout le cours de sa maladie.

Le 15 octobre. Sa mère vient le voir et le trouve si bien, qu'elle me supplie de lui permettre de le conduire chez elle. Je consens à le lui confier à titre d'essai pour quelques jours, afin de voir quel effet produira ce retour dans la famille. Le 19, elle le ramène avec une douleur assez vive dans le côté, occasionnée sans doute par un exercice un peu violent auquel il s'est livré, et pour laquelle des ventouses scarifiées lui sont appliquées. Pendant les quatre jours passés chez ses parents, il a été très-doux, raisonnable, et n'a pas été un seul moment troublé. Une saignée lui ôte entièrement sa douleur de côté; très-bien au physique et au moral.

Le 23. De mieux en mieux : travail très-régulier; il mange, dort et raisonne parfaitement. Sa physionomie est douce et même épanouie, et a perdu cette expression de tristesse et de concentration qui le rendait si méconnaissable au milieu des accès : son teint est meilleur et il reprend de l'embonpoint. Il a beaucoup grandi depuis deux mois et a passé la période qui sépare l'adolescence de la puberté. Il demande ardemment sa sortie, c'est aujourd'hui son seul désir, sa seule préoccupation.

Le 31. — Depuis cette époque, jour de sa sortie définitive, rien d'essentiel à noter : il a continué à aller de mieux en mieux et n'a plus donné le moindre signe de folie ni d'agitation, travaillant très-régulièrement, et n'ayant d'autre désir que celui de rentrer dans sa famille et de reprendre ses travaux d'autrefois : se rappelant parfaitement toutes les circonstances, toutes les phases de sa maladie, et reconnaissant très-volontiers et sans honte, ni mortification, qu'il avait été fou; ce qui est un bon augure pour la guérison. En effet, *trois ans* bientôt se sont écoulés depuis sa sortie. Je l'ai revu plusieurs fois depuis cette époque : tout récemment encore il est venu me revoir pour me témoigner, dit-il, sa reconnaissance des *bons soins que je lui ai donnés* (c'est lui qui parle) et dont il conserve un excellent souvenir.

Pendant tout ce temps, il a joui de la meilleure santé tant au physique qu'au moral : il n'a pas été une seule fois repris des accès que j'ai décrits; et ce jeune garçon, qui est dans sa vingt et unième année, a pris un développement physique et moral très-satisfaisant. Il s'occupe aux travaux des champs, est très-laborieux, très-régulier dans sa conduite. Dire qu'il ne retombera jamais, ce serait une témérité dont sans doute personne ne

voudrait prendre la responsabilité : mais rien ne semble faire craindre une rechute prochaine ou même éloignée ; tout fait espérer le contraire ; et les motifs de cette espérance se déduisent de la marche même de la maladie et des circonstances au milieu desquelles la guérison s'est accomplie. C'est ce que je vais chercher à établir dans les quelques réflexions suivantes (1).

Les réflexions que m'ont suggérées les phénomènes observés dans ce cas remarquable d'aliénation mentale sont de deux ordres distincts : les unes touchent à de hautes questions de philosophie, ou, pour mieux dire, de psychologie morale et religieuse ; questions toujours bien ardues, bien épineuses que je n'ai pas l'intention de discuter ni même d'aborder, ne me sentant pas la force et le talent nécessaires pour les approfondir et les résoudre; les autres sont du ressort de la physiologie et de la pathologie du système nerveux, et de la thérapeutique des maladies mentales ; ce sont les seules sur lesquelles je veux présenter quelques observations.

Nature et siége de la maladie. — Quel est le siége, quelle peut être la nature d'une affection si singulière, dans laquelle la stupeur, la prostration presque complète des facultés intellectuelles et sensoriales, alternaient avec des accès de manie des plus aiguës, des plus violentes, accompagnés d'agitation excessive, et d'un désordre extrême de l'intelligence, des sensations, des sentiments affectifs et des mouvements?

Telle est la première question que je me posai. Et par *nature* de la maladie, je n'entends point, je ne veux point dire la *nature intime*, essentielle, primordiale ; car, en effet, je crois qu'on n'arrivera jamais guère à comprendre et à expliquer clairement le mécanisme merveilleux en vertu duquel la matière concourt à la production et à la manifestation de la pensée et de la volonté, même dans l'état sain, et à plus forte raison dans l'état morbide. J'entends donc par *nature* de la maladie, le caractère dominant de l'affection morbide, et partant la place qu'il faut lui assigner dans le cadre nosologique ; j'entends aussi la nature des modifications éprouvées par les organes, la nature des lésions matérielles, palpables, qu'on peut constater dans les divers appareils, et notamment dans le système nerveux. Mais d'abord ces lésions, ces modifications existent-elles bien réellement et

(1) Tout récemment, il y un *mois* environ, Louis F... est venu me voir de nouveau, et il a sans cesse joui de la meilleure santé, tant au moral qu'au physique. Ce jeune garçon a pris aujourd'hui un développement considérable, et il est d'une constitution très-forte. Il jouit en outre de l'intégrité de ses facultés intellectuelles, et depuis sa sortie il n'a pas eu la moindre rechute ni le moindre accès.

toujours? Oui, sans aucun doute, car il ne peut y avoir de lésions des fonctions sans lésions des organes, cela est reconnu et admis par tout logicien. Mais pouvons-nous toujours les constater, ces lésions? Non, dans un très-grand nombre de cas. C'est qu'alors elles ne sont pas de nature à tomber sous nos sens; elles sont insaisissables pour notre faiblesse humaine, ou bien elles sont tellement légères et *fugaces*, qu'elles disparaissent sur le cadavre et échappent à nos moyens *présents* d'investigation. Peut-être un jour serons-nous plus habiles à les découvrir! Voilà ce qu'on peut répondre, je le sais, et avec cette réponse on se tire toujours d'embarras, je le reconnais; mais de cette façon on n'arrivera pas à la connaissance intime du mal, et conséquemment aux meilleurs moyens de le guérir sans doute.

J'admets pour un moment même que ces modifications, ces lésions matérielles des organes, soient toujours apparentes, évidentes; qu'elles puissent être constamment saisies par nos sens; pourront-elles nous satisfaire, et suffire à nous expliquer le trouble et l'altération de l'intelligence et de la pensée? Non encore: comment admettre, en effet, comment comprendre surtout qu'un peu plus ou un peu moins de sang dans les vaisseaux de la pulpe cérébrale; qu'une composition chimique, quelque peu variable dans les éléments de ce liquide; qu'un peu plus ou un peu moins de sérosité, soit dans les ventricules, soit dans la substance même du cerveau; qu'une différence légère et à peine *sensible* quelquefois dans la coloration ou dans la consistance de la fibre nerveuse; qu'une injection plus ou moins prononcée et d'autres fois même *douteuse* des membranes du cerveau, ou quelques faibles et partielles adhérences de ces membranes à la masse encéphalique (et telles sont cependant toutes, ou à peu près, *toutes* les lésions observées jusqu'à ce jour, et qu'on ne trouve pas *toujours*, tant s'en faut) comment concevoir, dis-je, que des altérations si peu profondes, si insignifiantes, il faut en convenir, et bien souvent beaucoup plus légères encore, puissent produire un tel désordre, une telle perturbation dans les idées, les sentiments, les affections, et rompre ainsi l'harmonie entre la matière et le principe immatériel, pour se révéler, se traduire par des manifestations, par des phénomènes si bizarres, si extraordinaires?

Il faut donc l'avouer, notre impuissance est bien grande, notre faiblesse est bien réelle, si nous voulons nous renfermer dans l'observation de la matière *seule* pour expliquer tous ces mystères! C'est ici peut-être que la philosophie, ou plutôt le dogme et la foi religieuse, pourraient nous venir en aide pour

soulever un coin du voile qui nous couvre les yeux. Mais ce n'est qu'avec une extrême réserve que je veux effleurer cette question, à laquelle toutefois je ne me charge pas de donner une solution ; cela me paraît difficile, et trop lourd pour mes forces.

L'existence de l'élément, du principe immatériel, de l'âme enfin, étant admise, serait-ce cet élément, ce principe, serait-ce l'âme, en un mot, qui serait malade dans la folie, comme l'ont dit quelques-uns ? Mais l'âme peut-elle être malade ? Matériellement, non sans aucun doute ; l'âme, substance, ou plutôt essence, émanation divine, impalpable, invisible, *inaltérable* puisqu'elle est *immatérielle*, l'âme ne peut être assurément atteinte de congestion, d'inflammation, d'induration, d'hydropisie ou de ramollissement, ni de quelque lésion physique que ce soit, cela ne fait doute pour personne ; mais ne pourrait-on pas dire : C'est la matière ainsi *lésée* par l'inflammation, l'hydropisie, l'induration, etc., etc. ; c'est la matière ainsi *malade* qui réagit sur l'âme immatérielle en la troublant ; et c'est ainsi que se trouve rompu l'équilibre entre le physique et le moral, cette dualité dont l'harmonie constitue l'organisme sain, harmonie nécessaire à la conservation, à l'intégrité de l'intelligence. Comment donc alors s'opère cette réaction, cette rupture ? Quel est le lien, le fil qui se trouve brisé dans ce choc ? Et si c'est l'âme qui est malade, malade moralement bien entendu, puisqu'elle ne peut être atteinte physiquement, quels peuvent, quels doivent être les agents, les moyens de guérison ? Évidemment, ce doivent être des remèdes *purement moraux*, puisque la maladie elle-même est *purement* morale. Et si pourtant le point de départ, l'origine du mal se trouve dans la matière primitivement lésée et qui aurait réagi sur le moral pour le troubler, ce ne pourra être qu'à l'aide de remèdes physiques qu'on ramènera la matière, les organes et conséquemment l'intelligence à leur état normal. Si, au contraire, c'est l'âme qui a été primitivement atteinte et qui a réagi sur la matière pour produire les lésions que nous remarquons, les remèdes moraux seuls semblent devoir amener la guérison des deux éléments morbides.

Ces questions sont aussi importantes et difficiles à résoudre, et resteront sans doute longtemps encore sans solution. Mais, je le répète, j'abandonne ces matières ardues à des penseurs plus profonds que moi ; heureux si, après de longues recherches, de sérieuses études, ils parviennent à quelque résultat satisfaisant ; heureux surtout ceux chez lesquels la foi, la croyance religieuse et le quiétisme de l'esprit, remplacent cette inquiétude

continuelle, cette ardeur dévorante de connaître qui nous pousse sans relâche à la recherche de mystères qui ne pourront sans doute jamais être approfondis !

Je quitte donc ces généralités pour revenir à la physiologie, à la pathologie et à la thérapeutique du cas particulier dont il s'agit, me hâtant de sortir de ces régions nébuleuses où je me suis laissé entraîner pour ainsi dire, malgré moi, et qui resteront probablement bien longtemps encore, sinon toujours, enveloppées d'une profonde obscurité.

Quel est, disais-je, le siége de l'affection dont j'ai tracé le tableau ? Évidemment, c'est le système nerveux cérébro-spinal, et principalement le cerveau lui-même. Quant à la localiser dans telle ou telle portion du cerveau, je crois que cela serait difficile, et je ne suis pas d'ailleurs partisan de ces localisations.

Quelques auteurs, dans certains cas, ont recherché la cause et placé le siége d'affections de ce genre dans le système nerveux ganglionnaire, ou dans les organes auxquels se distribuent les nerfs du grand sympathique, tels que le cœur, le foie, la rate, les poumons, etc., qu'ils ont trouvés altérés dans leur texture, et qu'ils ont regardés comme point de départ, comme cause productrice de la maladie mentale. Bien qu'en effet dans quelques cas on ait pu constater la lésion des viscères de la poitrine et de l'abdomen, ce ne pourrait être, je crois, qu'à l'aide de sympathies et de réactions bien obscures et bien difficiles à expliquer, qu'on serait autorisé à considérer cette lésion comme point de départ et cause de la maladie mentale, et dans le cas particulier dont il s'agit, cela ne me paraît nullement possible. Au reste, ces exemples de maladies mentales produites par la lésion de viscères de la poitrine ou de l'abdomen, en supposant même qu'ils aient été bien observés, sont excessivement rares. Sans doute, on trouve quelquefois, souvent même, des lésions dans ces organes, sur les cadavres des aliénés, mais ce ne sont le plus ordinairement que de simples coïncidences, et on ne saurait en réalité les considérer comme cause de la maladie mentale. On pourrait bien plutôt, je pense, regarder celle-ci comme cause productrice de ces lésions elles-mêmes, par suite de l'état de saleté, de gloutonnerie, d'incurie de toutes sortes, dans lequel restent ordinairement les aliénés, qui n'observent plus aucune règle d'hygiène, et ne prennent plus aucun soin de leur personne, de leurs nourriture, vêtements, etc.

Comment caractériser la maladie qui vient d'être décrite? Quelle place, quelle dénomination lui donner dans le cadre nosologique ?

Il me paraît difficile, pour ne pas dire impossible, de donner à cette affection une place et une dénomination *précises* dans le tableau des maladies nerveuses. En effet, on a vu le malade passer tour à tour et souvent très-rapidement par beaucoup d'états de formes diverses ; ainsi, l'agitation la plus violente a succédé le plus souvent à la prostration morale et physique la plus complète. Quelquefois ces transitions ont été lentes et graduées; d'autres fois, elles ont été rapides et instantanées, et c'est sans aucune gradation que le malade passait de la stupeur à la fureur, ou *vice versâ*, et qu'il tombait d'un état de veille et de lucidité dans un anéantissement profond de l'intelligence et des sens. Mais le caractère dominant, le symptôme, ou pour mieux dire, le phénomène le plus remarquable et qui frappe le plus, sans que pourtant il puisse servir à caractériser en peu de mots cette étrange maladie, et lui faire assigner une place déterminée dans la nomenclature, c'est cette alternative constante de la fureur et du désordre intellectuel et moral, succédant à la prostration, à l'engourdissement des sens et de l'intelligence.

On a vu aussi, dans les différentes phases de cette observation, le malade qui en fait le sujet être en proie à des accidents tantôt cataleptiformes, tantôt hystériformes, souvent dans un état d'*extase*, *peut-être de somnambulisme* ou de *magnétisme*, et toujours pris d'accès de manie très-intense à la suite de chacun de ces accès. Ainsi, plusieurs éléments morbides se montrent et prédominent tour à tour; on ne peut donc pas dire que ce soit seulement ou de la *catalepsie*, ou de l'*hystérie*, ou de l'*extase*, ou de la *manie*, voire *peut être* du *somnambulisme;* mais c'est un peu de tout cela, avec prédominance de phénomènes psychologiques et sensoriaux très extraordinaires. En conséquence, je ne crois pas qu'on puisse donner à cette maladie d'autre dénomination que celle-ci : *affection nerveuse complexe*.

Lésions anatomiques. — Quelles modifications, quelles lésions matérielles, palpables, évidentes, eussent présentées les divers organes dans ce cas ? En d'autres termes, quelles lésions organiques ou anatomiques eût-on trouvées *probablement* sur le cadavre de ce jeune homme s'il eût succombé ? Ici, sans doute, il faut se prononcer avec beaucoup de réserve, puisque, heureusement, l'autopsie n'est point venue pour éclairer et confirmer notre opinion. Eh bien ! Néanmoins, je suis persuadé, convaincu, qu'on n'eût rien trouvé, ni dans le cerveau, ni dans ses annexes, ni dans aucun autre organe ou viscère. Il n'a jamais existé le moindre signe ni de congestions, ni d'inflammation, ni d'aucune autre lésion physique, pas plus dans la cavité cérébrale que dans

les autres cavités. La constipation a sans cesse existé, il est vrai, dans les accès ; mais ce n'est pas là une lésion, ce n'est qu'un symptôme. La salivation a constamment aussi été très-abondante, mais cela était seulement un effet nerveux, et l'exagération momentanée de la fonction des glandes salivaires ne pouvait tenir assurément à une altération dans leur texture. Je le répète donc, je suis convaincu que l'ouverture du cadavre n'eût rien révélé, rien fait découvrir. Cependant, il devait y avoir, il y avait *certainement* quelque chose ; mais ce *quelque chose*, quel est-il ?

Marche de la maladie. — Quant à la *marche* de cette affection, je n'ai que peu de chose à ajouter à tous les détails déjà décrits. J'ai exposé les différentes phases de la maladie ; on a vu que, dans une période de quinze à seize mois, environ huit à dix accès se sont répétés à des intervalles irréguliers, et que chacun de ces accès a été suivi de manie avec agitation extrême. Les intermittences qui ont séparé chacun de ces accès ont été très-variables dans leur durée. Ainsi l'une d'elles a duré cinq mois, pendant lesquels il y a eu rémittence à peu près complète ; et durant tout ce temps, on aurait pu considérer le malade comme guéri, s'il n'avait conservé, comme je l'ai dit, un peu plus de loquacité et moins de timidité que dans son état normal, D'autres fois les rémittences ont été très-courtes, et c'est à peine si un intervalle de quatre à cinq jours séparait un accès de l'autre. J'ai fait remarquer aussi la différence dans le mode d'invasion de ces accès, dont les premiers ont toujours été amenés lentement et très-graduellement, tandis que les derniers arrivèrent subitement et sans aucune transition. Il en a été de même pour le passage de l'état de torpeur à celui d'agitation : lent et gradué dans le principe, il a été brusque et instantané sur la fin de la maladie. Que d'irrégularités, que d'obscurités dans cette singulière affection, où l'intelligence est frappée tour à tour, ainsi que les sens, d'une suspension presque complète, puis d'une perversion, d'un désordre extrêmes !

Singulière affection, en vérité, dans laquelle les alternatives de prostration, d'anéantissement physique et intellectuel, puis d'agitation, de fureur excessives, ont été si prononcées et si répétées pendant une période de quatorze mois environ, pour se terminer *spontanément*, au bout de ce temps et d'une façon assez rapide et à peine espérée, par une guérison solide et durable !

Le *pronostic* avait été grave et assez incertain, je dois le dire. Il était assez difficile, en effet, de prévoir une terminaison heureuse à une maladie aussi rebelle à tout traitement, et qui datait déjà de près de quinze à dix-huit mois. Toutefois, je puis le dire

aussi, j'avais toujours fondé quelque espérance sur l'époque de la puberté, qui a été en réalité, je crois, le principal et le plus efficace agent de la guérison chez ce jeune sujet, comme nous le verrons tout à l'heure.

Une dernière question maintenant, et ce ne sera pas la moins importante, au point de vue pratique du moins, si nous pouvons lui donner une solution satisfaisante.

Quelles ont été les conditions dans lesquelles la guérison s'est opérée? et quelle part les moyens, les remèdes employés peuvent-ils avoir eue dans cette guérison?

La condition éminemment et *supérieurement* favorable à la guérison a été, comme je l'ai déjà dit, la période de la puberté qui s'est accomplie chez ce jeune homme précisément à l'époque où cette guérison a eu lieu. Et je n'hésite aucunement à attribuer la part la plus large de la curation à cette circonstance de la puberté, sur laquelle *seule*, j'avais fondé les espérances que j'avais toujours données à sa famille, espérances que je conserve même pour l'avenir et contre l'idée de toute rechute pour le malade. Car on connaît l'influence de cet âge de la puberté, le rôle essentiel qu'il joue dans la production et, selon moi, dans la curation des maladies nerveuses et des désordres de l'intelligence qui se manifestent à cette époque de la vie chez les femmes principalement, il est vrai; mais mon malade tenait un peu de la constitution de la femme par son tempérament et son caractère; il était d'ailleurs hystérique, comme je l'ai dit. Je le répète donc: telle a été, selon moi, la condition essentielle, fondamentale, et, sans aucun doute, l'agent le plus puissant d'une guérison qu'aucun remède n'avait pu produire jusque-là.

Quant à la part que les autres moyens thérapeutiques, les remèdes et médicaments proprement dits, variés et très-nombreux, employés jusqu'alors, peuvent avoir à revendiquer dans cette cure, je ne sais, en vérité, s'il faut leur en attribuer aucune. Et je le déclare positivement et en toute franchise: un cas pareil m'étant donné à traiter, je ne sais véritablement à laquelle des médications nombreuses et très-variées auxquelles j'ai eu recours je devrais m'arrêter, et s'il ne serait pas préférable de renoncer à tout traitement actif et énergique, en se bornant à seconder les forces médicatrices de la nature. Cette conclusion n'est pas encourageante, et laisse beaucoup à désirer, je le sens, au point de vue de la science et de l'art de guérir surtout; mais elle est du moins sincère et franche. Et je suis d'ailleurs persuadé que dans les maladies mentales principalement, comme pourtant dans un grand nombre d'autres, ce tact médical, qui, *seul*, fait

presque *tout* le médecin, consiste bien souvent à *savoir s'abstenir*, ou bien à savoir saisir les indications thérapeutiques, lorsque *réellement* il s'en présente.

Cette observation et surtout cette guérison me semblent aussi prouver jusqu'à un certain point qu'on pourrait bien peut-être contester la justesse de cette maxime, vraie d'ailleurs selon moi, dans un infiniment petit nombre de maladies :

Naturam morborum ostendunt curationes.

Blois, 21 septembre 1848.

IX. MALADIES SYPHILITIQUES.

15. *Recherches sur les syphilides d'après des observations recueillies à l'hôpital du midi, dans le service de M. Ricord*; par T.-E. Leudet, interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine de Paris (prix Corvisart, médaille d'or), lauréat de l'École pratique (premier prix), etc.

(Suite et fin : *voir* t. II, février 1849, p. 195.)

(Archives générales de médecine, mars 1849.)

Etiologie. — Quelles sont, sous l'influence de ces prédispositions, les causes déterminantes des syphilides? — Comme dans toutes les questions difficiles et obscures, on n'a pas manqué de mettre en action une foule d'agents plus ou moins douteux.

L'âge paraît sans influence sur le développement des syphilides : il était en moyenne pour tous nos malades atteints d'affections cutanées spécifiques de vingt-quatre ans, c'est-à-dire à peu près la moyenne de la population de notre hôpital, le maximum étant soixante-deux et le minimum dix-sept (les enfants au-dessous de quinze ans ne sont pas reçus). L'étude de l'âge dans les diverses formes ne nous a rien fourni : les syphilides varioliformes appartenaient à des hommes de dix-sept à vingt-quatre ans. Le rupia, au contraire, comme l'ecthyma, se montrait plus tard ; l'âge moyen des malades était trente et un ans, résultat sans grande valeur eu égard aux syphilides, puisqu'en général cette forme est tardive et se rattache aux périodes avancées de la diathèse syphilitique.

La chaleur pour les uns, le froid pour les autres, favorisent le développement des syphilides. Nous lisons dans l'*Abrégé des maladies de la peau* de MM. Cazenave et Shedel (4e édit., p. 551) : « Le froid paraît être plus que la chaleur une cause prédisposante

des syphilides. » Nous ne pouvons répondre par l'analyse exacte à cette question, notre résumé ne remontant qu'au mois d'avril; cependant il nous est presque permis de croire, d'après ce que nous avons vu dans le cours de cette année, depuis janvier 1848, que les syphilides sont beaucoup plus nombreuses pendant l'été que pendant l'hiver. Notre tableau statistique ne nous donne pas de grandes différences pour chacune de formes d'éruption, pendant les cinq mois que nous avons passés en revue ; toutefois, pendant les premiers mois, les formes érythémateuses et papuleuses dominent beaucoup, tandis qu'en juin et en juillet les genres variés des syphilides se déroulent devant nous dans tout leur luxe. La fluxion cutanée semble suivre une marche progressive avec l'augmentation successive de la chaleur atmosphérique.

Si nous avions pu recueillir les faits de quelques années précédentes, nous aurions cherché quelle influence les émotions morales, si vives et si fréquentes pendant cette année, ont exercée sur la rapidité de production, la marche et la durée de la maladie ; mais nos faits sont trop peu nombreux, ont été recueillis dans un espace de temps trop limité, et vouloir tirer d'un résumé numériqne plus qu'il ne peut fournir, c'est faire mentir la statistique.

Ces résultats, obtenus par l'observation attentive et impartiale des malades, diffèrent de ceux de quelques auteurs. Ainsi M. Cazenave (*loc. cit.*, p. 560) dit : « Sur un grand nombre d'observations, la moyenne a été après les chancres de quatre ans et demi, de cinq ans et dix mois après les écoulements blennorrhagiques. » Cette opinion diffère, comme on le voit, beaucoup de la nôtre, entièrement conforme à celle de M. Ricord. Pour nous, la blennorrhagie ne produit jamais de syphilides, et la moyenne du temps écoulé entre le chancre et la manifestation cutanée est de soixante-sept jours. Quelle est la cause de cette divergence d'opinions ? Nous l'ignorons réellement. Nous avons signalé notre procédé d'analyse, indiqué les nombreuses causes d'erreur, sans cacher les difficultés inhérentes à notre sujet ; nous avons toujours pris pour guide l'observation, cherchant à être les interprêtes de la nature plutôt qu'à accommoder l'histoire des malades à une théorie préconçue quelconque.

Quelques points nous restent encore à examiner ; nous allons étudier successivement l'évolution, la marche, la durée, les terminaisons, le pronostic et le traitement des syphilides. Le dernier sujet ne sera qu'effleuré, car il se rattache directement à la thérapeutique des accidents secondaires en général, et nous entraînerait dans de trop longs développements.

Évolution des syphilides. — Déjà nous avons indiqué plus haut l'ordre d'évolution signalé et décrit par M. Ricord; l'éruption syphilitique n'appartient pas indifféremment, suivant l'époque de la diathèse syphilitique, à telle ou telle forme de maladies cutanées. L'expérience a démontré que ceux qui affectent la totalité du derme, en un mot les accidents profonds, ne se montrent pas, dans la grande majorité des cas, dans la période la plus rapprochée de l'accident primitif, et si quelquefois cette éruption grave constitue le premier phénomène du côté de la peau, il faut l'attribuer à l'influence de la constitution ou à celle d'une diathèse déjà modifiée par un traitement mercuriel.

Un syphiliographe que nous avons déjà cité, Carmichael, avait rapporté à telle ou telle espèce de chancre les éruptions diverses; nous négligerons la description de ses quatre classes, et la réfutation de l'exclusion dont il a frappé les formes papuleuses, pustuleuses, etc., du cadre des maladies syphilitiques proprement dites. Si nous laissons de côté ces vues purement spéculatives sur l'ordre d'évolution comparé des syphilides, nous remarquerons que l'observation lui a démontré l'influence du traitement sur la marche des diverses éruptions, quand il dit que le mercure donné pendant la durée de l'exanthème vénérien chasse la maladie vers les parties profondes, ou, en d'autres termes, supprime cette manifestation, pour être suivie quelquefois, après de longues années seulement, d'accidents tertiaires.

L'analyse de nos observations nous a démontré dans la marche des syphilides plusieurs points importants :

1° Un même malade peut être atteint plusieurs fois de syphilides.

2° Ces éruptions affectent en général de plus en plus profondément l'élément cutané.

La première éruption, offerte par les malades non soumis à un traitement mercuriel, a été le plus souvent exanthématique ; cependant il n'en a pas toujours été ainsi, comme le prouve le cas suivant.

Obs. IX. — *Ecthyma syphilitique.* — B., âgé de 56 ans, cheveux gris, embonpoint marqué, muscles peu développés, peu de forces musculaires, atteint deux fois de chancres, une fois de bubons, contracta en mars 1848 une nouvelle affection chancreuse, infectant l'économie, suivie de céphalée nocturne, douleurs articulaires. A la fin de juin, un ecthyma lenticulé caractéristique se manifeste sur la peau et l'abdomen et aux membres supérieurs; ganglions inguinaux et cervicaux engorgés. Soumis au traitement par le proto-iodure de mercure (0 gr., 10) et 3 gr.,

d'iodure de potassium, cet homme est sorti guéri au bout d'un mois.

Nous n'avons vu dans aucun cas la première manifestation cutanée, chez un syphilitique non soumis au traitement mercuriel, affecter la forme du rupia. Au contraire, l'acné, l'impétigo, le lichen, la syphilide varicelliforme, pouvaient être les premiers accidents cutanés.

Pour démontrer l'évolution des syphilides, nous emprunterons quelques observations à nos malades atteints d'accidents tertiaires.

Chancre, plaques muqueuses, syphilide papuleuse, ecthyma, exostoses, tubercules sous-muqueux.

Obs. X. — V.-L. A., âgé de 34 ans, sergent dans la garde nationale mobile, entre à l'hôpital du Midi, atteint d'ulcérations profondes du pharynx avec tubercules tertiaires. En octobre 1845, atteint d'un chancre induré du fourreau ; adénite inguinale indolente multiple. Trait., 60 pil. mercurielles. Juin 1846, plaques muqueuses buccales, surdité, syphilide papuleuse du tronc (100-120 pilules de proto-iodure de mercure). Avril 1847, ecthyma des membres inférieurs (trait. mercur. combiné avec l'iodure de potassium) ; janvier 1848, exostose ; mars 1848, tubercules tertiaires du pharynx.

Cette observation est une histoire presque complète des accidents syphilitiques les plus importants. Le traitement chez ce malade n'a pas supprimé les manifestations ; nous aurons plus tard recours à cette observation, comme à beaucoup d'autres, pour démontrer l'impossibilité dans quelques cas d'une guérison radicale de la syphilis.

L'histoire du malade que nous joignons ici va encore déposer en faveur de ces opinions.

Chancre, syph. exanthématique, syph. tuberculo-crustacée, tumeurs gommeuses.

Obs. — XI. — B. D., âgé de 24 ans, mécanicien, entre le 15 août 1848, à l'hôpital du Midi, atteint de tumeurs gommeuses suppurées de l'avant-bras gauche. Pendant l'hiver de 1842, ce malade contracta un chancre qui s'indura ; traitement par les pilules mercurielles (200 environ). Vers le milieu de l'année 1845, éruption exanthématique générale avec plaques muqueuses de la gorge, alopécie, céphalée ; point de nouveau traitement mercuriel. En 1845, éruption tuberculo crustacée des membres inférieurs ; novembre 1847, tumeurs gommeuses,

Chancre, syph. exanthématique, syph. pustulo-squammeuse.

Obs. XII. — X., âgé de 32 ans, tourneur en argent, entre le 25 mai 1848 à l'hôpital du Midi, atteint d'une syphilide pustulo squammeuse du tronc. Ce malade fut traité dix-huit mois auparavant, dans le même service, pour syphilide érythémateuse du tronc succédant à un chancre de quatre mois.

Chancre, syph. exanthématique, psoriasis syphilitique.

Obs. XIII.—X., âgé de 27 ans, entre le 5 mai 1848, à l'hôpital du Midi, atteint d'un psoriasis syphilitique des bourses et du fourreau de la verge, datant du 3 mai. Chancre en mars 1847; syphilide papuleuse, traitée dans le même service, en juillet 1847.

Malgré de nombreuses questions aux malades que nous avons eu l'occasion d'observer, jamais nous n'avons constaté qu'une éruption exanthématique syphilitique ait été précédée d'un ecthyma ou d'un rupia spécifique; nous avons au contraire constamment rencontré la roséole précédant non seulement les formes tuberculo crustacées, mais même les pustuleuses et les vésiculeuses. Cependant quelquefois nos malades nous ont offert, comme première éruption, soit du lichen, soit de l'acné, mais toujours des formes pustuleuses superficielles.

Il est donc démontré que, dans la grande majorité des cas, les éruptions succédant aux accidents primitifs sont superficielles, suivies elles-mêmes de syphilides affectant plus profondément le derme.

Nous n'avons pas trouvé, par l'étude de nos observations, que l'époque d'apparition de ces manifestations tardives ait été soumise à une loi d'évolution bien définie.

Cette répétition des syphilides tardives, après une manifestation précoce, a été nommée par quelques auteurs une récidive dans une forme plus grave. Ce mot nous paraît impropre, car nous n'appelons récidive que la répétition d'un même état morbide : or la classification des maladies cutanées admise, le rupia n'a pas plus d'analogie avec la roséole que la scarlatine avec la variole; ce sont par conséquent deux maladies dissemblables. Loin de nous cependant l'idée de nier le rapport qui unit les deux manifestations superficielle et profonde chez un même individu sous l'influence de la syphilis : pour nous, la récidive est une répétition de la même forme, de la roséole par exemple. En un mot, nous distinguons, dans des marche la syphilides, leur récidive ou leur succession dans la série des accidents syphilitiques.

Nous venons de parler de la succession des syphilides, donnons un exemple de leur récidive.

Récidive de roséole syphilitique.

Obs. XIV.—X., âgé de 40 ans, fileur en laine, entre le 9 mai 1848, à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Ricord, atteint d'une syphilide exanthématique, datant de sept à huit jours, siégeant surtout sur la peau de l'abdomen, de la poitrine, sans prurit. Adénite inguinale indolente, ganglions cervicaux. Chancre induré il y a un an, induration actuellement disparue ; deux mois après, roséole analogue à celle qu'il porte aujourd'hui, disparue en six semaines sans traitement mercuriel ; alopécie, céphalée. (Ce malade était placé, lors de sa première roséole, dans le service de M. Puche, qui a bien voulu nous communiquer ses notes écrites.)

Nous n'avons recueilli, pendant les cinq mois étudiés, aucun cas de récidive d'une autre syphilide que la roséole ; ces observations sont au nombre de trois. — Jamais il n'y eut de récidive après plus de deux ans de durée de la diathèse, le temps écoulé entre les deux manifestations a varié de onze à dix-huit mois. Dans un cas seulement, le malade avait été soumis pendant un temps prolongé à un traitement mercuriel.

Un autre phénomène non moins intéressant dans l'évolution des syphilides est la transformation de la manifestation cutanée d'une classe dans une autre. Nous avons déjà insisté sur le siége superficiel ou profond de la syphilide, selon la durée plus ou moins grande de la diathèse ; nous avons montré qu'un malade pouvait présenter d'abord une syphilide exanthématique, puis après un temps plus ou moins éloigné une syphilide tuberculeuse ; or ce changement peut se faire successivement et sous les yeux du chirurgien. Nous en avons vu de nombreux exemples sur les malades, placés depuis le commencement de l'année dans le service de M. Ricord ; nous n'en citerons qu'une observation :

Syphilide papuleuse, vésiculense, pustuleuse, devenant tuberculeuse.

Obs. XV.—P. L., âgé de 26 ans, charron, face pâle, muscles peu développés, yeux bleus, cheveux châtains, entre le 27 juin 1848 à l'hôpital du Midi, atteint d'un chancre contracté à la fin de septembre 1847 ; guérison en deux mois. Traitement par 60 pilules mercurielles ; au bout d'un mois et demi de durée du chancre, léger mal de gorge (on avait supprimé les pilules), guéri au moyen d'un gargarisme en dix à douze jours, reparaissant au bout de deux jours, et guéri de nouveau par le même moyen.

Un peu de démangeaison à la région anale. En février 1848, début d'une éruption papuleuse sur le tronc. Juin 1848, syphilide ecthymateuse des membres inférieurs, herpétiforme du tronc. Sur les bras et les épaules, un peu d'acné. Ces éruptions n'occupent que la superficie de la peau ; au-dessous d'elles le derme est souple comme dans l'état normal. Céphalée, ganglions inguinaux et cervicaux engorgés. Traitement par 2 pilules de proto-iodure de mercure (0 gr., 10), et 3 grammes de tartrate de fer ; 4 potions. Au commencement de juillet, un peu d'iritis caractérisé par une légère dilatation avec déformation de la pupille, injection des grands et petits cercles (application de 15 sangsues sur le sillon naso-labial, 0 gr., 20 de proto-iodure de mercure). Le 15 juillet, l'iritis a disparu. On continue les pilules mercurielles, 4 par jour. 6 août, dessiccation complète des pustules et des vésicules, couleur brunâtre des macules de terminaison, qui persistent au commencement de septmbre, malgré l'application de plusieurs emplâtres de Vigo *cum mercurio*, de fumigations cinabrées. A cette époque, la peau occupée par les muscles de terminaison devient épaisse et comme tuberculeuse. On prescrit avec 4 pilules de proto-iodure de mercure 3 grammes d'iodure de potassium, puis alternativement des bains avec 30 grammes de sublimé, et des fumigations cinabrées. Le malade est encore actuellement dans les salles (15 septembre).

Terminaisons des syphilides.—Les terminaisons des syphilides sont presque celles des maladies cutanées dont elles revêtent la forme ; cependant la diathèse syphilitique leur imprime un cachet particulier qui doit plus spécialement attirer notre attention : le premier sujet se rattache à la dermatologie.

Comme toutes les maladies en général, les syphilides peuvent se terminer par la guérison ou le passage à un état plus grave, quelquefois même par la mort. Ce dernier pronostic n'est pas à proprement parler celui des accidents cutanés, mais bien de la diathèse syphilitique, les éruptions tardives apparaissant parfois pendant la cachexie qui entraîne plus ou moins rapidement les malades au tombeau. Si l'on entend par guérison des syphilides la disparition complète de toute tache sur le tégument externe, nous avons raison de dire qu'il en est d'incurables, car des cicatrices profondes sont les témoins constants de leur existence. Dans d'autres genres de syphilides, ce n'est plus une modification permanente, altération profonde de texture de la peau, qu'elles laissent après elle, mais une altération passagère : ainsi dans les éruptions exanthématiques ou papuleuses, une matière colorante, épanchée dans la trame cutanée, laisse quelquefois subsister une

macule de terminaison, tandis que, dans l'ecthyma et le rupia, le derme est profondément altéré, détruit pour ainsi dire et changé en tissu de cicatrice; mais la maladie n'existe plus à cette époque, pas plus dans la macule de terminaison du *psoriasis guttata* que dans la cicatrice de l'éruption tuberculeuse

Ces détails étaient nécessaires pour nous permettre d'évaluer la durée des diverses manifestations cutanées.

La moyenne de la durée des éruptions après l'entrée des malades à l'hôpital a été de cinquante-huit jours; la durée maximum, de quatre-vingts jours; la durée minimum, de dix. Trois cas doivent y être ajoutés, ce sont ceux de malades placés depuis l'année dernière dans le service et atteints d'une cachexie profonde dont nous dirons plus loin quelques mots.

Durée des éruptions syphilitiques, en jours.

	Moyenne.	Maxim.	Minim.
Syph. varioliforme.	54	66	42
Acne.	36	39	34
Papules.	36	80	18
Rupia, ecthyma.	32,8	45	17
Roséole	32,2	62	10

Cette échelle décroissante, résultat de l'analyse de nos observations, nous donne comme persévérant le plus longtemps les éruptions varioliformes, l'acné, les papules, tandis que nous trouvons accolés pour la durée la plus courte l'exanthème et le rupia, c'est-à dire les deux maladies les plus différentes sous le rapport de leur siége et de leur aspect. Ce résultat surprendra peut être les médecins que l'occasion favorable n'a pas mis à même d'étudier pratiquement les maladies syphilitiques; ceux au contraire qui, chargés du traitement des vénériens, observent journellement ces affections, peuvent se convaincre de la marche rapide de ces ulcérations vers la cicatrisation sous l'influence d'une médication puissante, de l'iodure de potassium, tantôt seul, tantôt associé au mercure.

Cette terminaison favorable et rapide dans les formes tuberculo-crustacées se comprend beaucoup mieux pour la roséole; altération superficielle, momentanée, simple flaxion capillaire quelquefois peu marquée, d'autres fois d'une grande intensité, d'une couleur rouge plus ou moins vive. Ce que les auteurs ont écrit sur la couleur des syphilides n'est pas à beaucoup près général; nous avons rencontré des syphilides dont la couleur rouge éclatante n'avait pas la moindre analogie avec la teinte jambon ou cuivrée, indiquée par les auteurs.

Deux circonstances nous ont paru avoir une influence mani-

feste sur la durée des macules de terminaison, la durée de la maladie elle-même, sa forme plus ou moins discrète, puis encore la constitution du malade et le traitement mis en usage.

Nous avons vu plusieurs fois des malades atteints de syphilides, surtout à forme pustuleuse ou papuleuse, offrir, trois ou quatre mois après la dessiccation des pustules, des macules violacées nombreuses; quelquefois on y constatait la couleur cuivrée, beaucoup plus fréquente dans les macules terminales que dans les syphilides à leur début, pouvant néanmoins manquer encore même à cette période. Ces macules paraissent plus durables dans les éruptions isolées non générales, ou confluentes, comme dans les formes papulo-squammeuses, l'ecthyma superficiel ou profond.

La durée prolongée des syphilides doit être rapportée dans quelques cas à l'union de la maladie cutanée syphilitique avec une affection vulgaire; c'est parfois une complication réelle, paraissant, comme l'avait déjà reconnu Baumes, de Montpellier, avoir pour cause première la diathèse syphilitique : d'où l'on prévoit la durée de ces deux affections s'entretenant mutuellement, et résistant aux efforts de la thérapeutique.

D'autres fois, ce n'est plus une complication passagère limitée au tégument externe qui prolonge la durée de la syphilide, c'est une complication profonde de l'économie, en un mot, une cachexie. Le service de M. Ricord peut nous en donner un exemple.

Obs. XVI. — X., âgé de 32 ans, couché depuis l'année dernière dans le service, atteint d'une éruption tuberculo-crustacée polymorphe, présente au plus haut degré les signes de la cachexie syphilitique; chez lui, les plaques de rupia et d'ecthyma existent depuis une année, ne sont pas recouvertes de croûtes sèches, laissant au-dessous d'elles une surface rougeâtre abondamment pourvue de bourgeons charnus; au contraire, les croûtes sont molles, comme impétigineuses, presque diffluentes. Cette éruption a successivement envahi tout le corps, principalement les extrémités, les membres, la tête, la poitrine et le dos même. Chez ce malade, les forces ont tellement décru, que toute station verticale est impossible; l'œdème occupe souvent les membres inférieurs, les paupières, la face. En août 1848, une pleurésie chronique, caractérisée par une matière complète de toute la hauteur du poumon malade, absence du murmure respiratoire sans égophonie, peu d'accélération du pouls, a fait croire à une terminaison prochaine de la vie. L'administration de toniques et un vésicatoire favorisèrent la résorption de l'épanchement, travail que l'auscultation a permis de suivre. Depuis cette affection thoracique, les croûtes se sont desséchées aux bras et à la face,

et aujourd'hui la peau est moins malade ; mais les redoutables symptômes de la cachexie persistent, cachexie qu'on ne peut mettre en doute, caractérisée par l'affaiblissement général, l'état stationnaire des lésions, et même altération croissante, enfin par des épanchements séreux qui se produisent fréquemment dans les constitutions affaiblies par une longue suite de maladies.

Obs. XVII. — Un autre malade, placé dans les salles depuis la même époque, est atteint, après une suite d'accidents syphilitiques bien constatés, d'un rupia du tronc, des membres inférieurs, de la face, avec impétigo très-prononcé. Souvent des ecchymoses se manifestent aux membres inférieurs, les gencives sont saignantes, en un mot, il existe une complication évidente de scorbut. Ici, point d'œdème, comme chez le malade cité plus haut, mais, au contraire, amaigrissement avec couleur terreuse et dessèchement des membres.

Ces exemples suffisent. Sans entrer ici dans une discussion sur l'existence de la cachexie syphilitique, nous pouvons affirmer que, dans certains cas de syphilides anciennes, la terminaison heureuse est retardée, empêchée même quelquefois pour toujours par une altération générale de l'économie qui, résistant le plus souvent aux nombreux efforts de l'art, se termine par la mort. Telle sera, nous le craignons, pour les deux malades cités plus haut, l'issue de la maladie dont ils sont atteints.

Pronostic des syphilides. — Le pronostic des syphilides découle en grande partie de ce que nous venons d'exposer sur les terminaisons ; il repose sur deux considérations principales, la nature de la maladie elle-même, la constitution de l'individu. Il faut nécessairement faire abstraction des macules de terminaison. Ces taches, comme le dit M. Ricord (notes à Hunter, p. 570), dont la durée ne saurait être limitée, et sur lesquelles les traitements finissent par n'avoir plus d'influence, disparaissent dans le plus grand nombre des cas sans laisser de traces, et sont quelquefois remplacées, même lorsqu'il n'y a pas eu d'ulcération, par un tissu blanc comme celui des cicatrices avec ou sans dépression. Dans ce dernier cas, les macules s'affaissent ou se dépriment par une sorte d'atrophie à la peau dans les points malades. Il serait irrationnel d'exagérer la gravité du pronostic en alléguant des observations de malades, chez lesquels aux syphilides ont succédé des altérations profondes, par exemple, des lésions osseuses, car ce sont là des états morbides indépendants.

Pour nous, le pronostic de la syphilide n'augmente pas de gravité en raison de l'éloignement de l'accident primitif ; on a vu plus haut que notre statistique plaçait les éruptions tardives

et profondes pour la gravité à côté de l'exanthème. Nous ne pouvons donc partager l'opinion de M. Cazenave (*Abrégé pratique des maladies de la peau*, p. 570), quand il écrit que la forme tuberculeuse et certaines formes pustuleuses sont sans contredit les plus graves. Nos résultats diffèrent, parce que nous avons dégagé la manifestation du pronostic de la diathèse en général. La constitution individuelle aggrave encore plus le pronostic, soit par des maladies concomitantes de la peau, soit par une altération générale de l'économie sur laquelle nous avions insisté plus haut. Cette cachexie, qui trouble la marche naturelle de l'éruption, rend impropres à la cicatrisation les plaies résultant de la chute des eschares, prédispose aux hémorrhagies, aux stases séreuses, et vient enfin paralyser les efforts de la thérapeutique. La débilitation profonde, accompagnée souvent d'un dérangement des fonctions digestives, d'une tendance suppurative gangréneuse de la peau, rend impuissant à combattre les complications, accidents si graves par eux-mêmes, par leur étendue, leur début insidieux. On a pu cependant, dans le cas cité plus haut, appliquer un large vésicatoire sur les parois du thorax sans que la plaie ait pris de mauvais caractères ; on administrait simultanément de la limonade vineuse et des préparations de quinquina. Malheureusement il est rare, dans un état de cachexie avancé, de pouvoir toujours espérer un résultat aussi heureux.

Traitement des syphilides. — Le nombre des observations sur lesquelles est basé ce Mémoire nous paraît trop peu considérable, pour nous permettre d'étudier les méthodes thérapeutiques mises en usage contre les syphilides : il nous manque, d'ailleurs, pour porter un jugement à cet égard, la connaissance de la marche des syphilides, non influencée par un traitement quelconque. Nous nous bornerons à mentionner les médicaments employés chez nos malades.

Le mercure s'administrait à l'intérieur associé à l'iode, sous forme de proto-iodure de mercure donné en pilules. La formule était la suivante :

Proto-iodure de mercure,	} ââ 3 grammes ;
Extrait de thridace,	}
Extrait d'opium,	1 gramme ;
Extrait de ciguë,	6 grammes ;
Pour 60 pilules.	

Nos malades prenaient au début une pilule, puis graduellement 2, 3 et 4. Suivant un principe rationnel de thérapeutique, la dose du médicament était graduellement augmentée jusqu'à ce qu'une action thérapeutique se fût manifestée sur la forme

et sur la marche de la syphilide, ou que la muqueuse gingivale ait annoncé par ses symptômes habituels un commencement d'intoxication mercurielle. Toujours le traitement fut prolongé jusqu'à la sortie des malades, c'est-à-dire l'époque de la disparition des manifestations. Pour nous, comme pour M Ricord, ce traitement est le plus souvent insuffisant pour amener l extinction complète de la diathèse syphilitique : on comprend que le nombre trop considérable des malades empêche un séjour plus prolongé, d'autant mieux que le traitement peut être fait par les malades hors de l'hôpital, ce qu'on ne manque jamais de leur recommander.

Quand une plaie, résultat de la chute d'une croûte de syphilide profonde, se manifestait sur le corps, on employait les topiques suivants : vin aromatique, solution iodée (2, 3, 4, 5 pour 100 d'eau avec suffisante quantité d'iodure de potassium), solution ferrée (eau distillée, 200 grammes ; tartrate de fer et de potasse, 16 grammes).

Enfin, le traitement des macules était achevé soit par l'application d'emplâtres de Vigo *cum mercurio*, soit par des bains salés, des fumigations cinabrées, ou des bains avec 20 à 30 grammes de sublimé.

Mentionnons enfin, dans les formes tardives, l'usage avantageux des préparations mercurielles associées à l'iodure de potassium (3, 4, 5 grammes).

Tel est, en peu de mots, le résumé du traitement employé chez nos malades atteints de syphilides. Nous ne le donnons ici que pour faire juger de l'influence des médicaments sur la marche et les terminaisons des affections syphilitiques de la peau, dont nous avons surtout essayé de déterminer le début et l'éruption.

---

16. *Des ulcération syphilitiques primitives du col de la matrice* ; par M. Grivot Grandcourt, D.-M.-P., ancien interne à l'hôpital de Lourcine.

(Revue médico-chirurgicale, mars 1849.)

« La médecine ne s'enrichit que par les faits : fournir de nouveaux faits, ce serait donc fournir de nouvelles lumières ; mais lorsqu'ils sont, pour ainsi dire, tous connus, ou du moins lorsqu'il est difficile d'en produire qui n'aient point été relatés par quelque observateur, c'est à les rapprocher que le médecin jaloux de s'acquitter envers l'humanité doit s'occuper, » (Broussais, *Histoire des phlegmasies chroniques* ; Préf.)

Aussi mon but sera-t-il atteint si, dans ce travail, je parviens à coordonner convenablement tout ce qui a été fait et publié sur

les ulcérations chancreuses du col de l'utérus, en y ajoutant le résultat de mes propres observations.

Cette forme d'ulcération du col de l'utérus est loin d'être commune ; laissons plutôt parler M. Robert.

« Cette variété n'est pas citée d'une manière précise dans plusieurs traités complets des maladies de l'utérus : j'en citerai pour preuve l'ouvrage de M. Pauly et celui du docteur Aswell, récemment publié en Angleterre. Mais tous les auteurs qui en ont parlé regardent l'ulcération syphilitique primitive, le chancre véritable, comme rare sur le col utérin. MM. Cullerier, Ricord, Gibert, Boys de Loury et Costilhes, Bennet, Gosselin, sont sur ce point d'un avis unanime. Nous-même, pendant une pratique de quatre ans à l'hôpital de Lourcine, nous n'en avons observé que deux cas (1).

Plus heureux que M. Robert, j'ai, dans l'espace de dix mois, dans le même établissement, constaté trois cas éprouvés par l'inoculation. Mais ne peut-on pas se demander si ces ulcérations vénériennes ne sont pas plus fréquentes qu'on ne le pense ? M. Gosselin, en effet, a le premier signalé la facilité avec laquelle ces ulcérations perdent leurs caractères primitifs, qu'elles aient été cautérisées ou non. D'un autre côté, comme le signe pathognomonique n'est fourni que par l'inoculation, et qu'elles perdent au bout d'un certain temps, si nous exceptons les chancres phagédéniques, la propriété d'être inoculées, on conçoit parfaitement que bon nombre d'ulcérations chancreuses du col aient passé inaperçues ou aient été confondues avec d'autres ulcérations de toute autre nature.

Je diviserai ce travail en deux parties : dans la première seront transcrites les observations puisées à diverses sources et les miennes propres ; dans la seconde, avec les éléments qu'elles m'auront fournis, je tracerai le tableau de la lésion qui nous occupe.

Obs. I. — Une fille de la police, en traitement depuis un mois pour une ulcération saillante, mais peu étendue, de la commissure gauche des lèvres du museau de tanche, ayant en même temps un peu de catarrhe utérin opaque, légèrement purulent, sans sécrétions vaginales très prononcées, fut examinée au spéculum le jour de sa sortie. La vulve fut trouvée saine, ainsi que les parties voisines et le vagin ; le col de l'utérus était sain aussi et d'un volume normal ; l'ulcération de l'orifice n'était pas complétement cicatrisée, il restait un point de l'étendue de la tête d'une grosse épingle, qui nous parut pourtant prêt à se cicatriser ;

(1) Robert, *Thèse de concours*, 1848.

les mucosités que laissait échapper l'utérus étaient transparentes. La malade fut considérée à tort comme guérie, et je la renvoyai.

Un étudiant en médecine de mes élèves, qui l'avait connue et qui depuis longtemps n'avait pas vu de femmes, eut au moment de sa sortie des rapports avec elle, et contracta un *ulcus clavatum* à la base du gland et un bubon. La malade revint à l'hôpital le surlendemain : nous l'examinâmes avec soin au spéculum, et nous ne trouvâmes rien à l'intérieur ni à l'extérieur de la vulve ; le vagin était encore sain, mais le col de l'utérus était rouge, il semblait un peu gonflé : la cicatrice de l'ulcération rompue, et celle-ci, doublée d'étendue, sécrétaient une matière puriforme. La malade fut gardée à l'hôpital, et renvoyée plus tard parfaitement guérie. (Ricord, *Mémoire sur quelques faits observés à l'hôpital des Vénériens.*)

Obs. II. — Une femme entrée récemment dans les salles du civil, affectée d'ulcération profonde de l'orifice utérin, mais peu étendue en surface et donnant lieu à un écoulement purulent, sans qu'il y eût rien à la vulve ni au vagin, nous a dit que son mari avait un chancre ; cet homme se trouvant aussi à l'hôpital des Vénériens, on a pu constater chez lui l'existence d'un chancre au méat urinaire (Ricord, *loc. cit.*).

Obs. III. — Debray (Victoire), vingt-six ans, constitution sanguine, habituellement bien portante, contracta un écoulement léger et indolent en décembre 1836. Peu de temps après, survint à l'aine gauche un bubon peu volumineux qui s'ouvrit spontanément. Depuis cette époque, elle ne cessa d'éprouver des douleurs assez vives à l'hypogastre et aux lombes ; les règles parurent plus souvent et plus abondamment que d'habitude ; la santé générale se détériora beaucoup. Admise à l'hôpital de Lourcine le 17 mai 1837, elle se trouvait dans l'état suivant : à l'aine gauche, existait encore l'ouverture non cicatrisée du bubon, dont les bords, durs, saillants, étaient décollés dans l'étendue de quelques lignes : cette plaie était blafarde, sans offrir néanmoins les caractères que l'on trouve ordinairement dans les ulcères vénériens.

Je reconnus, à l'aide du toucher, que le col était mou, tuméfié, *très-douloureux*, et qu'il saignait avec facilité ; je constatai par le spéculum que les deux lèvres étaient inégales, bosselées, ulcérées, d'une couleur rouge très intense ; en divers points, et notamment sur la lèvre postérieure, on voyait une teinte blanchâtre, semblable à celle que produirait un enduit couenneux très-mince ; cette ulcération fournissait une assez grande quan-

tité de muco pus, et saignait très facilement. Je regardai d'abord ces symptômes comme pouvant dépendre d'une inflammation simple et chronique du col de l'utérus, et je prescrivis en conséquence le repos absolu, les bains entiers, les injections émollientes. Deux saignées du bras furent pratiquées à quinze jours de distance. Au bout de trois semaines, l'état de cette malade était à peine changé ; l'aspect couenneux de la lèvre postérieure du col utérin frappa davantage mon attention, et cette circonstance, jointe au bubon et en général à l'inutilité du traitement antiphlogistique, me fit craindre une cause spécifique. *Interrogée de nouveau*, la malade avoua que l'individu qu'elle fréquentait avait un chancre et un bubon. J'instituai donc un traitement par le proto iodure de mercure, à la dose d'un quart de grain, matin et soir ; aucun traitement local ne fut employé ni sur le col ni sur le bubon. Dix jours après l'usage du médicament, les douleurs et l'écoulement étaient sensiblement diminués, le col était moins rouge et moins volumineux ; la malade, se croyant guérie, voulut, malgré nos conseils, sortir de l'hôpital. (Robert, *Thèse citée*, p. 55.)

Obs. IV. — Devillers (Catherine), vingt-trois ans, bien constituée, entrée le 30 décembre 1842, porte sur le col de l'utérus un chancre très-irrégulier, à bords à pic, d'un aspect grisâtre, de près de 2 centimètres de diamètre ; il est entouré d'un liséré rouge de vin. Cette grande irrégularité nous a fait supposer que dans l'origine il y a eu deux chancres sur le col qui, en s'étendant, ont fini par se réunir. Il existe en même temps un chancre à l'entrée du vagin, à droite (*Une pilule de Sédillot, cautérisation avec le nitrate d'argent, injections de feuilles de noyer, pansement avec cérat mercuriel*). Le jour de son entrée, nous inoculons le pus qui se trouve dans le chancre du col, à la cuisse gauche de la malade ; le lendemain, et surtout le surlendemain, une pustule caractéristique s'est développée, avec tuméfaction et rougeur des tissus environnants.

Le 1er janvier 1843. Nous cautérisons la pustule avec le nitrate acide de mercure, et faisons appliquer des cataplasmes, faire des frictions avec la pommade mercurielle autour de la pustule, et prendre tous les deux jours un grand bain.

Le 5. La tumeur s'abcède spontanément : même traitement; la tuméfection a presque disparu, il ne reste plus que l'engorgement du tissu cellulaire environnant.

Le 7. L'engorgement a beaucoup diminué, mais la plaie a pris un aspect violacé. (*Pansements avec l'onguent mercuriel.*)

Le 9. La plaie est douloureuse; la malade a vu ses règles, qu'elle n'avait pas eues depuis six semaines.

A la même époque, il survint un gonflement au-dessus du ligament de Fallope, à la partie interne et supérieure de la cuisse. (*Cataplasmes émollients; bains.*) Le bubon devient très-douloureux à la fin du mois de janvier, et s'abcède spontanément le jour même où nous devions donner issue au pus. Le col, que nous avons continué de traiter comme nous l'avons dit, ne présente plus qu'une rougeur, qui disparaît le 13 février.

Le 15 du même mois, le bubon est en voie de guérison, et la malade, après avoir été soumise à un traitement tonique, sort guérie le 2 mars 1843, ayant fait un séjour de soixante-deux jours. (*Recheches cliniques sur les ulcérations du col de l'utérus*, etc., par MM. Boys de Loury et Costilhes; *Gazette médicale*, juillet 1845.)

Obs. V. — Chéron (Victoire), âgée de dix-huit ans, est envoyée à Saint-Lazare, le 1er février, pour deux larges chancres à l'entrée du vagin et sept chancres sur le col d'une date récente; ils sont tous taillés à pic, grisâtres. (*Cautérisation avec le nitrate d'argent, deux pilules de Sédillot.*)

Le 6 février. Les chancres se sont réunis de manière à former une ulcération irrégulière, présentant le même aspect des chancres auxquels elle a succédé; un liséré rouge assez vif la circonscrit. (*Injections de feuilles de noyer, grands bains.*)

Dans le courant du mois de février, il survint une rhagade à l'anus. (*Mèche avec onguent napolitain.*)

Les chancres des parties génitales sont guéris le 25 du même mois, tandis que l'ulcération chancreuse du col de l'utérus est dans le même état.

Le 1er mars. Nous cautérisons l'ulcère avec le caustique de Vienne solidifié, et nous laissons à demeure un tampon de charpie sèche; nous continuons ce traitement jusqu'au 27 avril, jour de sa sortie. (*Ibid.*)

Obs. VI. — N... ff (Marie-Victoire), jeune fille russe, âgée de dix huit ans, d'une belle constitution, entre à Saint-Lazare le 20 juin 1843. Examinée avec soin, nous constatons, sur la lèvre postérieure du col, une ulcération de forme mal circonscrite, de couleur grise, blafarde, creusée surtout sur les bords; la surface ulcérée donne lieu à un écoulement jaunâtre abondant. L'anus est le siége d'une rhagade qui fait saillie au dehors de cette ouverture, et que l'on excise peu de jours après son entrée Nous remarquons, en outre, une uréthrite que nous traitons par le tannin. (*Deux pilules de proto-iodure, injections de feuilles de*

noyer, mèche avec cérat mercuriel, cautérisation deux fois par semaine avec le nitrate d'argent.)

L'ulcération, ainsi traitée, est entièrement guérie le 12 juillet. La malade n'a eu qu'une seule fois ses règles pendant son séjour à l'hôpital ; elle sort le 7 août, après quarante-sept jours de traitement. (*Ibid.*)

Obs. VII. — Escanne (Rosalie), vingt sept ans, couturière, d'une bonne constitution, eut, il y a dix-huit mois, des pustules plates à la vulve, dont elle fut traitée, à l'hôpital des Vénériens, par les émollients, et dont elle guérit parfaitement en deux mois.

Dans le courant du mois d'octobre 1836, et douze jours après avoir eu des relations avec un homme qu'elle sut plus tard avoir des chancres à la verge, elle vit se développer à l'aine droite une tumeur inflammatoire qui s'abcéda au bout de quelques jours. L'ouverture s'agrandissant, elle se décida à entrer à l'hôpital, trois semaines après l'apparition du bubon. La tumeur, du volume d'un œuf de pigeon, est placée sur le quart interne du ligament de Fallope. A son centre existe une ouverture allongée dont les bords durs, violacés, sont saillants et un peu ulcérés ; la surface de l'ulcère est grisâtre ; en un mot, ce bubon offre tous les caractères de ceux qui succèdent aux chancres des parties génitales externes. La vulve et le vagin furent l'objet de l'examen le plus scrupuleux ; nous ne pûmes y découvrir ni chancre actuel ni vestige d'un chancre cicatrisé ; mais le col utérin offrait deux ulcérations, l'une sur la lèvre antérieure, arrondie, du diamètre d'une lentille, l'autre sur la lèvre postérieure, plus grande, ovalaire ; toutes les deux étaient grisâtres, leurs bords étaient rouges et un peu saillants ; il s'en échappait un peu de pus ; leur aspect avait la plus parfaite analogie avec les ulcérations vénériennes du gland chez l'homme. Pour confirmer le diagnostic, qui ressortait évidemment des caractères que je viens de tracer et de la coexistence d'un bubon inguinal, il restait une épreuve, celle de l'inoculation : elle fut pratiquée le 27 octobre, et quelques jours après, les piqûres étaient devenues de véritables chancres. Mais, chose remarquable, quelques jours après, quand j'examinai le col de l'utérus, mon étonnement fut grand de voir que les deux ulcérations, qui avaient offert des caractères si tranchés, avaient entièrement perdu leur premier aspect pour devenir plus étendues, mais superficielles et rosées comme des ulcérations simples. (Robert, *Thèse citée*, p. 57.)

Obs. VIII. — Vers la fin de mars 1840, dit M. Delmas, la nommée J. B..., des environs d'Arles, âgée de vingt-deux ans, d'une taille et d'une beauté remarquables, avec apparence d'une

très-belle santé, fut visitée par le professeur Lallemand, et cela par tous les moyens d'investigation connus. Rien ne déclara chez elle aucun symptôme syphilitique. Cependant cette visite avait été faite sur l'invitation d'un officier qui se plaignait d'avoir été affecté par cette femme. Plusieurs plaintes analogues ayant été portées, cette personne fut dirigée sur le dépôt de police, et en présence d'un assez grand nombre d'élèves assistant à la visite, je la soumis à un examen très-exact. L'extérieur des organes générateurs, ainsi que la marge de l'anus, étaient à l'état normal; le spéculum utérin placé, et la femme convenablement disposée dans la salle sur le lit spécial d'exploration, je n'aperçus rien d'anormal dans le vagin; le museau de tanche et le col de l'utérus ne différaient pas de ce que l'on remarque sur une femme qui n'a pas fait d'enfants; en un mot, rien n'indiquait une phlogose ni un état syphilitique. En pressant sur le col utérin, et cela dans plusieurs sens, comme je le fais toujours, pour reconnaître par la pression la sensibilité de ces parties et la nature du liquide qui sort par l'ouverture du col, je vis paraître une matière albumineuse, presque transparente, mêlée d'un liquide blanchâtre et dont l'aspect me parut douteux. Je ramenai cette matière au dehors au moyen d'une curette, j'en imprégnai une lancette, et je fis quatre piqûres à la partie supérieure antéro-externe de la cuisse droite. Le quatrième jour, les nouvelles plaies revêtaient la forme de quatre chancres bien caractérisés, et huit jours après, presque tout le corps, sans en excepter la face, fut recouvert de pustules plates, dont les unes étaient sèches et les autres coulantes. Cette éruption rendit cette femme presque hideuse, et ce ne fut qu'après trois ou quatre mois d'un traitement mercuriel, surtout fait avec les bains de sublimé à haute dose, qu'elle fut débarrassée de cette affection. M. Lallemand vit cette femme dans cet état si fâcheux. (*Gazette médicale*, 1845, p. 670.)

Obs. IX. — Le 1er mai 1843, est entrée dans l'hôpital Saint-Louis, service de M. Émery, une femme âgée de trente ans, d'une constitution assez robuste. Elle dit jouir habituellement d'une bonne santé, elle est réglée régulièrement tous les mois pendant quatre jours. Il y a quelques années, elle eut un enfant à terme; elle n'a pas habituellement de flueurs blanches. Depuis deux ans, elle vit avec une personne d'un âge mur, avec laquelle elle entretient des relations sexuelles. Quelques semaines avant son entrée, elle donna à cette personne un chancre qui fut suivi de bubon syphilitique. Elle avoue avoir eu des communications suspectes. Examinée au spéculum par le médecin qui la soignait,

il ne constata qu'un *écoulement mucoso-puriforme abondant, provenant de toute la surface du vagin ; le col était parfaitement sain*, me dit-il ; il n'y avait pas la moindre trace d'ulcération syphilitique dans aucune région des parties génitales.

A son arrivée à l'hôpital, nous constatâmes l'exactitude des examens antérieurs. L'écoulement était abondant, épais, mais il n'y avait aucune trace d'ulcération. Le col était à l'état normal, nullement engorgé, présentant une rougeur extérieure, un peu semblable à celle de la muqueuse vaginale. Entre les lèvres du col, on voyait un mucus purulent, opaque, qui semblait sortir en nappe de la cavité même. L'utérus était légèrement sensible à la pression et un peu plus volumineux que dans l'état naturel ; mais, comme elle avait eu ses règles seulement deux jours auparavant, ces symptômes n'avaient pas de valeur. Les lèvres, entr'ouvertes par le spéculum, ne permirent de voir aucune lésion appréciable entre elles. Guidé par ces données cependant, nous conclûmes à une métrite interne, compliquant la blennorrhagie. La malade fut soumise à un traitement approprié (*cubèbe et copahu, régime rafraîchissant, bains généraux, injections émollientes*), et la blennorrhagie diminua rapidement.

Dans les dix jours qui suivirent, elle fut deux fois examinée au spéculum, et chaque fois le col présentait le même état, ce qui nous confirma dans notre diagnostic. La sensibilité et la congestion utérine avaient cependant presque entièrement disparu.

Le 16 mai, le spéculum fut de nouveau appliqué, et nous vîmes une petite ulcération, à fond gris, sur la face interne de la lèvre antérieure du col, évidemment sortant de sa cavité. La lèvre antérieure, qui auparavant était molle et de même volume que la lèvre inférieure, était notablement développée. Dans la présomption que l'ulcération était syphilitique, elle fut cautérisée avec le nitrate acide de mercure, et la malade fut soumise à un traitement mercuriel. (*bichlorure de mercure 1/7 de grain par jour, tisane de salsepareille.*) Malgré les moyens employés, l'ulcération se développa et arriva à la grandeur d'une pièce de 30 sous, mais *sans conserver ses caractères primitifs*. L'engorgement de la lèvre antérieure, sur laquelle elle reposait, augmenta en même temps, de manière à atteindre le volume d'une petite noix. L'ulcération fut cautérisée toutes les semaines. Après la troisième cautérisation, elle commença à diminuer, mais ne fut parfaitement cicatrisée qu'à la fin du mois de juillet. L'engorgement du col diminua beaucoup, mais n'avait pas disparu lorsque la malade fut renvoyée comme guérie le 1er août. L'écoulement du pus d'entre les lèvres du col cessa peu de temps après l'appari-

tion de l'ulcération ; la blennorrhagie disparut aussi pendant le cours du traitement. Il n'y eut pas d'autres symptômes syphilitiques. (*Thèse de M. Bennet*, 15 *août* 1843.)

Obs. X. — Rousseau, âgée de vingt-deux ans, bien constituée, entre le 1er septembre 1848 à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Ferdinand, n° 6.

Au méat urinaire existe une ulcération caractéristique ; le col, mis à découvert à l'aide du spéculum, offre à son centre une ulcération de la largeur d'une pièce de 2 francs, recouverte d'une matière épaisse, puriforme, semblable par sa consistance et sa couleur au pus d'un abcès furonculeux. Quand on a enlevé cette matière, il s'écoule un liquide sanieux, sanguinolent, qui, abstergé au moyen de plusieurs tampons, laisse à découvert une surface granulée, grisâtre, à bords irréguliers, sinueux, déchiquetés, taillés à pic, avec un peu de renversement au dehors, d'une couleur rose vif.

Toute la cavité vaginale, baignée de pus, présente les caractères d'une phlogose intense.

Par le toucher, on constate bien l'inégalité de la surface ulcérée et l'engorgement de sa base, mais on ne peut s'avancer à certifier l'induration. *Du reste, aucune douleur n'est manifestée par la malade.* (*Cautérisation au nitrate acide de mercure, calomel en poudre sur la surface ulcérée, une pilule de Dupuytren, limaille de fer* 0,30 *centigrammes, sirop gentiane.*)

Le 1er septembre, inoculation sur la partie antérieure et inférieure de l'avant-bras.

Le 4, destruction de la *pustule chancreuse* par le caustique de Vienne.

Le 8, par l'orifice du col, s'échappe un mucus purulent abondant.

L'ulcération semble s'étendre sur la lèvre postérieure, présentant une surface bourgeonnante, blafarde, d'une couleur grisâtre, divisée en plusieurs lobules par des scissures assez profondes. Sur les bords de l'ulcère, la muqueuse, nettement découpée, forme un liséré d'un rose vif. La surface ulcérée ne peut être mieux comparée qu'à l'aspect qu'offrirait la coupe d'un ganglion lymphatique hypertrophié.

Quoique la malade n'ait point eu d'enfants, l'orifice du col, par suite de son altération, forme une espèce de cône renversé. (*Même traitement interne*; *cautérisation au nitrate acide de mercure.*)

Le 13. Aucune amélioration ; les tissus sont plus pâles et plus boursouflés, l'écoulement offre les mêmes caractères et la

même abondance, le chancre du méat arrive à la période de réparation.

Le 15, l'ulcération du col semble rester stationnaire.

Le 20. Vers la circonférence de l'ulcère, apparaît un commencement de travail de réparation ; écoulement épais, puriforme. (*Cautérisation, nitrate d'argent, mèche enduite d'une pommade au calomel, axonge 30 gram., calomel 4 gram.*)

Le 25, ulcération moins étendue, engorgement des ganglions inguinaux.

Le 28. Amélioration très notable ; les deux tiers de l'ulcération sont cicatrisés ; sur la cicatrice, on aperçoit de petits espaces ulcérés, saillants et fongueux. Écoulement moins abondant.

Le 2 octobre. L'ulcération a perdu le caractère chancreux ; une partie est cicatrisée, le reste offre une surface granulée. L'orifice du col est béant, par suite d'une perte de substance ; aspect infundibuliforme.

A cette époque, la malade fut évacuée sur Saint Lazare, mais tout porte à croire que la guérison n'a pas dû se faire attendre.

Obs. XI.— Le 8 juillet 1848, est entrée à l'hôpital de Lourcine la nommée Bernard, couchée au n° 15 de la salle Saint-Clément.

Cette femme, d'une forte constitution, *est enceinte de six mois et demi.*

Le 10. A l'orifice du col utérin, existe une ulcération avec tous les caractères indiqués plus haut.

Inoculation à la partie interne et supérieure de la cuisse.

La malade ne se plaint d'aucune douleur dans le bas-ventre ; interrogée si la pression du doigt sur le col la faisait souffrir, elle nous a répondu négativement.

Tous les signes d'une vaginite aiguë.

Le 14. Pustule caractéristique ; cautérisation avec la pâte de Vienne. (*Inj. vin aromatique, une pilule de Dupuytren.*)

Le 20. L'ulcère s'agrandit aux dépens de la lèvre postérieure du museau de tanche. (*Cautérisation au nitrate d'argent.*)

A la partie inférieure du pli génito-crural, apparaît un engorgement ganglionnaire avec empâtement considérable. (*Bains, cataplasmes.*)

En même temps, l'eschare de la pustule laisse voir, en se détachant, une ulcération de mauvaise nature, avec un gonflement douloureux tout autour.

Il est probable que nous n'avions pas, dans ce cas, détruit complétement la pustule d'inoculation, car il est toujours facile de s'en rendre maître. Cette maladresse de notre part fut ici

d'autant plus fâcheuse, que ce chancre fut très-long à se cicatriser, et que par sa persistance il a amené le bubon dont il s'agit.

Le 31. Période de réparation ; l'ulcère commence à présenter, vers son centre, quelques points de cicatrisation. Ouverture du bubon par le bistouri.

A partir de cette époque, la cicatrisation du chancre s'étend de plus en plus, et la malade sort guérie le 8 septembre.

On avait été jusqu'à trois pilules de Dupuytren par jour.

Obs. XII. — Au n° 6 de la salle Saint-Clément, est couchée la nommée Flamand, entrée le 21 mars 1848 (service de M. Marrotte).

Le 23 mars. A la commissure supérieure de la vulve, existe une ulcération présentant tous les caractères du chancre simple ; la vulve est rouge, tuméfiée, un flot de pus grisâtre s'écoule du vagin. La muqueuse vaginale, d'un rouge intense, présente de petites élevures qui ne sont autres que l'hypertrophie des cryptes muqueux, qu'on a désignée sous le nom de vaginite granuleuse. L'orifice du museau de tanche est couvert d'une matière grisâtre puriforme. La plaie nettoyée, on aperçoit l'ulcération se prolongeant dans l'intérieur du col.

Les bords sont déchiquetés, renversés en dehors, limités par un liséré rose ; une exsudation pseudo-membraneuse, semblable au bourbillon du furoncle, reste enclavée entre les inégalités, pour ainsi dire granulées que présente l'ulcère. Le toucher donne la sensation de l'inégalité de surface avec la dureté des bords, mais ne peut constater l'induration. La malade ne se plaint pas du chancre qui existe à la commissure postérieure ; la cautérisation de ce dernier est douloureuse, insensibilité complète pour celui du col.

Pour plus de certitude, le pus, recueilli avec la lancette, est inoculé à la partie interne et supérieure de la cuisse.

Le 26. Apparition de la pustule détruite à l'aide de la pâte de Vienne ; en même temps, se montre dans la grande lèvre droite un ganglion tuméfié, un véritable bubon. (*Cautérisation du chancre utérin avec le nitrate d'argent ; injection dans la journée avec vin aromatique, une pilule de proto-iodure de mercure.*)

Sans entrer dans plus de détails, et l'inoculation nous ayant démontré que nous avions bien affaire à un chancre du col, nous dirons que, le 17 avril, l'ulcération, considérablement modifiée, n'était plus inoculable, qu'elle ne pouvait plus se distinguer des autres ulcères granulés et que, le 12 juin, la malade sortait complétement guérie.

Etiologie. — Cette forme ulcéreuse du col de la matrice re-

monte toujours à une cause spécifique, au virus ayant des caractères parfaitement déterminés. Pour qu'elle se développe, il faut absolument que la muqueuse utérine ait été mise en contact avec ce virus qui pousse là où il a été pour ainsi dire planté.

Comme, en général, le chancre résulte d'un coït impur, le col utérin, par sa situation, se trouve donc placé dans des circonstances favorables à l'inoculation. Qu'on ne vienne pas nous objecter que la profondeur de l'organe doit le garantir de l'infection, car le pus virulent peut remonter plus haut encore, peut aller se greffer dans l'intérieur même du col (obs. VIII et IX), et produire là une lésion qui, pendant quelque temps, échappera à tous les moyens d'investigation.

L'abaissement de l'utérus, les ulcérations simples de l'utérus, doivent favoriser l'inoculation ; d'une part, en rendant l'utérus plus accessible à la contagion, de l'autre, par la destruction de l'épiderme, en ouvrant une voie plus facile à l'implantation du virus.

L'état de grossesse prédispose la femme à cette affection (obs. XI). En effet, à une certaine époque de la grossesse, époque variant avec les personnes, on constate toujours une certaine forme d'ulcération du col de l'utérus avec granulation, et l'on a lieu de s'étonner que cette altération ait passé inaperçue pendant ces derniers temps.

Quelle est la partie du col où se montre plus fréquemment l'ulcération chancreuse ?

« A l'état aigu, dit M. Ricord (*Mémoire cité*, p. 165), j'ai trouvé sur le col de l'utérus des ulcérations siégeant dix-neuf fois sur vingt à l'orifice, et une fois sur la circonférence du col, plus ou moins près du cul-de-sac dont le vagin entoure supérieurement le museau de tanche. De ces derniers, dont j'ai six exemples, quatre siégeaient sur la face antérieure, et deux sur la postérieure. On conçoit, en effet, que si ces ulcérations ont été la suite, comme je le pense, d'une infection directe, elles ont dû se produire plus aisément sur la face antérieure que sur la face postérieure ; les filles publiques présentant assez souvent un peu d'antéversion, ce qui fait que la face postérieure du col est dirigée en haut, tandis que la face antérieure placée en bas se trouve en rapport avec le pénis, qui tend lui-même à produire ce renversement, comme l'a observé Lisfranc. »

Cette assertion est-elle bien fondée quant au siége précis du chancre utérin ? Sur les douze observations que nous rapportons : deux (Ire et VIIe), présentent deux ulcérations, l'une sur la lèvre antérieure, l'autre sur la lèvre postérieure ; quatre (IIe, Xe, XIe

et XIIe), à l'orifice même avec tendance de se porter sur la lèvre postérieure : une (Ire), la commissure gauche du museau de tanche ; deux (VIIIe et IXe), intérieur même du col ; deux (IIIe et VIe), lèvre postérieure ; deux (IVe et V^e), le siége n'est pas indiqué. Le siége le plus fréquent serait donc l'orifice du col.

Les chancres du col, quoique ordinairement isolés, uniques, peuvent se montrer en plus grand nombre ; dans l'observation V, nous constatons l'existence de sept ulcérations, et celle de deux dans la VIIe.

Symptômes. — Aucuns symptômes extérieurs, aucunes plaintes ne peuvent faire soupçonner un chancre du col utérin. Dans les observations relatées plus haut, nous avons, en effet, constaté cette absence de douleur ; *à priori*, il était facile de supposer qu'il ne pouvait en être autrement. L'anatomie nous rend raison de ce phénomène ; en effet, M. Jobert a montré que l'on pouvait porter impunément les caustiques les plus puissants, le fer rouge, sur le col utérin, sans aucune souffrance pour la malade. Il est évident pour nous que M. Duparcque, dans son *Traité pratique des maladies des femmes*, a commis une erreur en attachant à la douleur une grande importance dans le diagnostic.

Nous voyons que dans la plupart des cas il existait en même temps des chancres extérieurs. Il faudra donc, toutes les fois que vous aurez constaté leur existence, ne pas vous arrêter à cet examen superficiel, mais vous servir du spéculum, à l'aide duquel vous connaîtrez l'état du col, et vous aurez de fortes présomptions pour diagnostiquer un chancre utérin si, ulcéré, il se présente à vous avec les signes suivants : les ulcérations sont ordinairement isolées, irrégulièrement découpées, recouvertes d'une matière puriforme épaisse. Les bords sont sinueux, déchiquetés, taillés à pic, avec tendance à se renverser en dehors ; un liséré d'un rouge plus ou moins vif circonscrit l'ulcère, qui, dans sa période d'augment, envahit la partie déclive du cou, par suite de la stagnation du pus. Pour notre part, nous n'avons pas aperçu la lésion au début, la véritable pustule : toujours le col s'est présenté à nous ulcéré. On remarque en même temps un engorgement plus ou moins considérable du col, qu'on constate parfaitement par le toucher ; mais il est impossible de s'assurer s'il y a indurat on à la base de l'ulcère, car, pour la sentir, il faut pouvoir saisir un chancre entre les deux doigts, et cette exploration n'est pas possible dans ce cas.

Quelques jours écoulés, la plaie se déterge, l'aspect grisâtre disparaît : surviennent des bourgeons charnus d'un rose vif qui comblent la perte de substance, les bords se dépriment, et l'ul-

cération passe à l'état simple. Le travail de cicatrisation est irrégulier : tantôt elle commence vers le centre, par plaques laissant entre elles de petites surfaces ulcérées, tantôt elle s'avance des bords en envoyant des espèces de jetées qui s'entre-croisent en divers sens; rarement elle est arrêtée dans sa marche, et c'est une chose digne de remarque que cette plaie, qui naguère offrait un si triste aspect, se soit si vite transformée et soit complétement cicatrisée dans l'espace d'un mois à six semaines.

Des bubons inguinaux peuvent se montrer comme symptomatiques du chancre utérin. Ce fait, avant les travaux de M. Aubry, eût paru anormal, car les lymphatiques du col utérin se rendent aux ganglions pelviens; mais il existe au musée de la Faculté de médecine une pièce, déposée par M. Aubry, où l'on voit parfaitement les vaisseaux lymphatiques du col de la matrice communiquer avec ceux de la partie antérieure du vagin, qui se rendent aux ganglions de l'aine.

Peut-on, par l'examen au microscope du pus provenant d'un chancre, arriver à le diagnostiquer ? M. Donné est venu nous dire qu'on trouvait constamment dans le pus des chancres un grand nombre d'animalcules ayant la forme du *vibrio lineola*, décrit par Muller.

Mais il faut avouer qne le microscope ne fournit aucun moyen certain de distinguer les écoulements vénériens de ceux qui ne le sont pas, et la présence du pus n'est pas d'une grande valeur pour cette question. Nous n'attachons pas plus de valeur à la présence des petits infusoires vibrioïdes qu'on rencontre quelquefois dans les écoulements vénériens; ces petits animaux se rencontrent dans un grand nombre de liquides différents et surtout dans toute espèce de pus : ces vibrions se trouvent particulièrement dans tous les liquides qui séjournent un certain temps près des surfaces en contact avec l'air.

Le signe pathognomonique du chancre utérin, comme de tout chancre, est l'inoculation. Vous ne pouvez arriver à la certitude qu'en produisant une lésion analogue à celle qui existe déjà. Mais peut on, sans inconvénient, avoir toujours recours à ce moyen ? Dans trois observations, nous avons vu que quelques jours après l'inoculation était survenu un engorgement ganglionnaire. Ces bubons étaient-ils symptomatiques du chancre inoculé ou du chancre utérin ? Dans un cas, le bubon était symptomatique de la pustule artificielle. Avons nous donc ici aggravé le mal, en multipliant les surfaces d'infection ? Nous ne pouvons nier que l'existence du bubon ne fût une fâcheuse complication; mais nous sommes loin de croire que plus il y a de chancres,

plus le danger est grand par la suite. D'un autre côté, n'y aurait-il pas de graves inconvénients à administrer le mercure à certains malades qui porteraient des ulcérations d'une nature suspecte, surtout, comme il arrive souvent, lorsque la constitution est déjà détériorée par des souffrances antérieures, et qu'elle réclame plutôt une médication tonique qu'une médication altérante? Dans cette espèce d'ulcération, le diagnostic devient très-obscur par suite des transformations rapides du chancre, comme nous l'avons dit plus haut.

Cependant on pourrait se trouver dans le cas où la malade se refuserait à l'inoculation ; alors, sans répéter ici tous les signes à l'aide desquels on pourrait jusqu'à un certain point, sans jamais en avoir la certitude, reconnaître la lésion, nous mentionnerons une certaine forme ulcéreuse avec laquelle le chancre pourrait être facilement confondu, c'est la forme diphthéritique ; mais l'ulcération chancreuse s'en distinguera par un liséré d'un rouge très-vif, qui circonscrit l'ulcère irrégulier à fond grisâtre.

A une période plus avancée, lorsque le chancre a passé à l'état d'ulcération simple, le diagnostic est-il possible? Non, rien alors ne pourra faire soupçonner la lésion à laquelle on aurait affaire.

Traitement. — Il faut, avant tout, prescrire le repos dans la position horizontale. C'est, en effet, une chose digne de remarque combien sont heureusement modifiées, du jour au lendemain, rien que par le repos, les ulcérations de la plus mauvaise nature ; c'est un fait que nous avons journellement constaté dans les hôpitaux. En même temps, on combattra l'engorgement inflammatoire par des bains entiers, des injections émollientes ; au bout de quelques jours, souvent dès l'abord, si l'inflammation n'est pas trop intense, on remplacera les injections émollientes par des injections au vin aromatique, pratiquées deux ou trois fois dans la journée.

Si l'ulcération devient fongueuse, bourgeonnante, prend un mauvais aspect, on modifiera les tissus ou on les détruira à l'aide de cautérisations, soit par le nitrate acide de mercure ou l'azotate d'argent, soit avec le caustique de Vienne solidifié ou le cautère actuel.

Il ne suffit pas de faire un traitement local, il faut encore avoir bien égard à la constitution de la malade. L'usage des toniques, du fer surtout, le tonique par excellence, est bien souvent indiqué. En même temps, vous aurez recours au traitement antisyphilitique, au mercure. Mais doit-on employer le mercure seulement après l'apparition des phénomènes consécutifs, ou bien dès qu'on a constaté la nature de l'ulcère? La discussion de cette

question nous mènerait trop loin. Sans nous prononcer d'une manière absolue, nous préférons, quant à ce qui nous regarde, attendre la manifestation de l'infection générale avant d'administrer le mercure.

XII. GÉNÉRALITÉS.

17. *Conditions géologiques et hydrographiques qui favorisent le développement et la marche du choléra asiatique;* par le docteur **Fourcault.**

(Gazette médicale de Paris, N° 9; 1849.)

A une époque où les sciences physiques ne pouvaient éclairer le domaine de la médecine, Hippocrate a montré la voie qu'il faut suivre dans l'étude des épidémies; et en lisant son *Traité*, d'ailleurs incomplet, *des airs, des eaux et des lieux*, on reconnaît que ce grand observateur a indiqué les bases sur lesquelles on doit réédifier l'édifice des sciences médicales. Dans ces derniers temps, ces vues du génie n'ont point été fécondées; la météorologie a presque seule fixé l'attention de ceux qui se sont livrés à l'étude des maladies générales de l'homme, des animaux et des végétaux; des causes occultes ont été inventées, et ont fait jouer à la contagion un rôle évidemment exagéré dans le développement et la propagation des grands fléaux qui ravagent la terre, dont l'influence a été méconnue.

Les progrès de la physique et de la météorologie, la découverte de nouveaux continents, des connaissances plus étendues en géographie, les notions précieuses de la géologie, science toute nouvelle, nous permettent aujourd'hui de franchir le cercle tracé par Hippocrate. Déjà j'ai signalé les erreurs graves qui ont été introduites dans la science par ceux qui refusent de sortir de ce cercle; l'exposé de nouveaux faits démontrera cette vérité, et fera comprendre la nécessité d'élargir les bases de la médecine d'observation, en perfectionnant nos institutions, en introduisant l'enseignement de la géologie, de la physique générale, de la géographie physique dans les Facultés, les Académies de médecine, les Écoles vétérinaires et d'agriculture. Tant que ces réformes indispensables n'auront point été opérées, la médecine générale sera stationnaire, et ces Facultés, ces Académies, ces Écoles, guidées par de faux principes, s'opposeront même à ses progrès, et les élèves, comme les moutons dont parle Rabelais, guidés par des professeurs imbus de préjugés scolastiques, conti-

nueront de se précipiter dans le cercle vicieux que je viens d'indiquer, et perpétueront ainsi, à leur insu, les erreurs des fausses doctrines.

Le temps est arrivé de franchir ce cercle, en étudiant sur une vaste échelle l'influence des milieux géologiques, géographiques et atmosphériques sur la constitution de l'homme et des animaux ; car ils exercent une influence sur leur organisation, sur leur développement et par conséquent sur celui de leurs maladies. Les faits coordonnés par les naturalistes et les médecins, suivant la même direction dans leurs recherches, nous offriront les preuves les plus décisives en faveur de cette doctrine. Mais pour arriver à ce but, il faut cesser de considérer la terre comme un corps doué de la force d'inertie, n'exerçant aucune influence sur l'atmosphère qui l'environne, sur les êtres qui vivent à sa surface. L'observation va montrer la réalité de cette influence, suivant les grandes divisions tracées par la nature.

L'action de l'hémisphère austral diffère de celle de l'hémisphère boréal en ce qui a rapport à l'organisation d'une foule d'espèces animales et végétales et aux différentes maladies qu'elles éprouvent ; dans chaque hémisphère, les zones tropicales, tempérées polaires, présentent encore, sous ce double rapport, des différences essentielles qui méritent un examen spécial et comparatif. Enfin, dans chaque zone, l'élévation ou la déclivité des lieux, la direction des grandes chaînes de montagnes, la profondeur et l'étroitesse ou la largeur des bassins, l'abondance ou la rareté des eaux, la nature et la puissance des couches géologiques, exercent la plus grande influence sur l'organisation des corps vivants et sur les maladies qu'ils éprouvent. Ces effets attribués aux climats, d'une manière assez vague, doivent donc être en définitive rapportés à l'influence des trois milieux qui viennent d'être indiqués. Il existe entre les causes physiques et les phénomènes physiologiques, entre les conditions de l'état normal et celles de l'état morbide, des relations intimes, nécessaires, que le médecin doit connaître s'il veut sortir des voies de l'empirisme.

D'après ces principes, fondés sur les faits que nous allons bientôt exposer, nous sonsidérons la terre comme un vaste aimant offrant une foule de centres d'action particuliers dépendant de la structure, de la puissance, de la nature, du nombre des couches terrestres, de l'abondance ou de la rareté des eaux qui séparent ses couches ou qui sont à sa surface. Nous sommes donc conduit à diviser la science qui indique ces différences essentielles en *géologie descriptive* et en *géologie dynamique :* la pre-

mière, l'ossuaire, l'anatomie de la terre, est la cause passive; l'autre constitue une branche principale de la physique, appelée à nous dévoiler la *cause active* des phénomènes physiologique et pathologiques soumis à notre observation. Cette division est établie par la nature elle-même, ainsi que nous allons bientôt le démontrer.

Il existe une géographie des orages, une géographie des plantes, une geographie des races, une géographie des maladies. Cette distinction doit être admise de toute nécessité pour la géologie ; car il est facile d'établir que les actions et les réactions qui s'opèrent continuellement entre l'atmosphère et la terre varient suivant les accidents du sol, sa composition, la puissance et la nature des formations qu'il recouvre. La différence des courbes isothermes et isodynamiques, les tremblements de terre, les aurores boréales, les orages magnétiques signalés par M. Arago, les volcans, les solfatares, les eaux thermales, les inclinaisons et les déclinaisons de l'aiguille aimantée, attestent l'existence d'une force centrale et d'actions dynamiques locales qui doivent être étudiées par le physicien, par le navigateur, par le naturaliste et par le médecin. Les dernières recherches d'expérimentateurs habiles ont montré l'utilité de cimenter l'alliance de la géologie et de la météorologie ; on voit maintenant que ces deux sciences doivent de toute nécessité prêter leur flambeau à la médecine dans l'étude des épidémies et des épizooties, des endémies et des enzooties, ainsi que dans les maladies des plantes.

Une première série d'observations va nous montrer combien il est utile de suivre cette méthode, et d'élargir les bases sur lesquelles on doit reconstruire l'édifice de la médecine.

Déjà nous avons rappelé un fait connu de tous les observateurs instruits ; le choléra, la peste, la fièvre jaune sont des maladies de l'hémisphère boréal, et jusqu'à ce jour elles n'ont pas franchi l'équateur, malgré les communications incessantes très-actives établies entre les deux hémisphères. Cependant cette loi a affert une seule exception dans ces derniers temps et la fièvre jaune s'est développée à Guayaquil, où elle a été produite par un concours de causes locales qui ne sont pas encore bien connues. Déja nous l'avons énoncé, toutes les conditions physiques auxquelles on attribue ces fléaux, sur notre hémisphère, se retrouvent avec quelque différence sur l'hémisphère opposé, où les phénomènes dus à la chaleur, à l'humidité et à la putréfaction sont portés à leur maximum d'intensité. Le témoignage de M. le docteur Sigaud, médecin de l'empereur du Brésil, est im-

portant dans cette question d'hygiène générale, et pour l'éclairer, nous allons emprunter son propre langage.

« Dans les deux hémisphères, dit M. Sigaud, la même cause « entraîne une exacte similitude dans l'ordre des phénomènes « de la végétation, dans l'altération des substances animales, « dans la décomposition prompte des corps organisés et de cer- « taines matières inorganiques. Dans les provinces situées sous « l'équateur et sous le tropique sud, on peut vérifier les effets « de l'humidité dans les conditions parfaitement identiques à « celles qu'on a déjà observées dans l'hémisphère nord, toute- « fois à un degré moindre. La rapide décomposition des sub- « stances animales, l'infaillible altération des corps vivants, « l'abattement, l'énergie physique et morale, l'oxydation prompte « des métaux de fer et de cuivre, la réduction des matières « pulvérulentes des fossiles, la déliquescence des sels, la dété- « rioration des préparations de poudre, de farine, etc., des pro- « duits chimiques et pharmaceutiques, la moisissure des cuirs, « des papiers, la destruction des bois bruts ou travaillés, la dé- « coloration des tissus, l'abaissement du ton des instruments, « voilà une série d'influences constantes dans les deux hémi- « sphères, dues à la puissance d'action de l'humidité, plus ou « moins intense sous l'équateur et dans le reste de la zone tor- « ride, suivant l'élévation ou l'abaissement des terrains. »

Néanmoins, malgré l'intensité de ces causes, les trois fléaux épidémiques déjà mentionnés sont inconnus dans le vaste empire du Brésil, dans la Plata, le Pérou, le Chili, etc; mais ce qu'il importe de remarquer, les fièvres intermittentes pernicieuses, revêtant si souvent les formes terribles du choléra, sont fréquentes dans quelques unes de ces contrées; des fièvres graves se compliquent parfois de bubons, et au Brésil notamment la fièvre jaune y apparaît à l'état sporadique. Ici les causes dynamiques locales agissent avec la plus grande intensité; mais la cause perturbatrice générale à laquelle on peut attribuer les fléaux épidémiques de l'hémisphère boréal ne vient point ajouter son action à celles des causes locales; ils ne sauraient donc acquérir leur entier développement sous l'influence de ces dernières. D'autres faits, observés en France, montreront que nous ne créons point en ce moment une futile hypothèse. Si la non-existence des miasmes est démontrée jusqu'à l'évidence, il faudra nécessairement chercher la cause des maladies épidémiques et endémiques dans les perturbations générales ou locales de grands agents de la nature, ou rester, avec les empiriques, dans un labyrinthe sans issue : il n'y a pas d'autre alternative.

L'immunité, dont jouit l'hémisphère austral et en particulier les immenses possessions de l'empire du Brésil, ne peut être attribuée à de bonnes mesures hygiéniques, et à ce sujet, le témoignage de M. Sigaud vient ajouter une nouvelle preuve à toutes celles qui ont été invoquées, dans ces derniers temps, pour démontrer la non-contagion du choléra, de la fièvre jaune et de la peste. « La sécurité dans laquelle le Brésil a vécu relativement à l'importation de ces grands fléaux, dit cet excellent observateur, ne provient pas d'un bon système sanitaire, observé rigoureusement dans ses ports, ni du manque d'arrivages de navires sortis de contrées contaminées; elle tient à la foi que l'on a dans la régularité des brises sanitaires qui écartent des côtes ces terribles agents de destruction. » Suivant lui, cette immunité est due à la puissance magique de la ventilation, qui balaye de l'équateur jusqu'au cap Horn cette immense étendue de côtes respectées jusqu'à présent par ces fléaux, malgré le voisinage de Cayenne, éprouvée deux fois par leurs atteintes, et malgré l'introduction, chaque année, de milliers de nègres, malgré le contact des contrebandiers venus des États-Unis à l'époque où sévit la fièvre jaune, et de l'Europe pendant le règne du choléra.

Combien de faits d'une grande valeur prouvent aujourd'hui la non-existence des miasmes toxiques émanés des substances animales et végétales en putréfaction ! Combien de faits démontrent la non-contagion des fléaux enfantés par notre hémisphère! Combien de faits sont favorables à la théorie générale, aux distinctions que j'ai admises, si conformes d'ailleurs aux lois simples de la nature! Les différences matérielles existant entre les deux hémisphères doivent nécessairement donner un caractère différent aux maladies épidémiques qu'on y observe; c'est la conséquence d'un principe fondamental dans la science, et l'on doit admettre ce principe et ces conséquences, sauf à en vérifier l'exactitude avant d'inventer, de créer des causes dont l'observation ni la physique expérimentale ne peuvent constater l'existence. Or, voici les conditions météoriques, hydrographiques et géologiques qui distinguent d'une manière générale ces deux parties de la terre :

1° L'hémisphère austral, comparé à l'hémisphère boréal, est couvert d'une masse d'eau, dans une plus grande étendue; 2° sa température est moins élevée et plus uniforme; 3° depuis l'équateur jusqu'au 34e degré de latitude australe, les hivers et les étés y sont plus tempérés; 4° les perturbations électriques, magnétiques, calorifiques, y acquièrent un degré moindre d'intensité; on sait que les aurores boréales sont moins fréquentes

que les aurores australes, que les phénomènes calorifiques, eu égard à leur intensité, correspondent aux actions électriques dont ils sont les effets ; dans le Brésil et dans d'autres parties de l'Amérique du Sud, on trouve d'immenses masses de terrains anciens qui sont, comme nous le verrons, de puissantes barrières où s'arrête la cause perturbatrice qui détermine le choléra asiatique. La constitution géologique et hydrographique de l'hémisphère austral est-elle la cause initiale des phénomènes physiques et physiologiques observés et de leurs perturbations ? On peut admettre une semblable opinion ; mais ici nous devons nous borner à constater les résultats de l'observation, en attendant ceux des recherches ultérieures entreprises pour compléter la géologie et la géographie médicales des deux hémisphères.

Si, de ce point élevé, où l'on découvre un vaste horizon, on examine les causes locales qui déterminent, dans cette partie de la terre que nous habitons, le choléra, la peste, la fièvre jaune et les fièvres pernicieuses intermittentes, nos doutes deviennent des certitudes, et nous constatons l'immense influence des agents physiques sur leur développement ; il nous est impossible de ne pas apercevoir celle des trois milieux qui modifient si profondément l'organisation et la vie de l'homme, des animaux et des végétaux. Mais, devant nous renfermer dans un cadre étroit, nous ne pouvons nous occuper, dans ce travail, que des questions relatives à la génèse du choléra, et c'est d'une manière incidente, en suivant le rapport des faits, que nous jetterons quelque jour sur celle des autres fléaux. Examinons d'abord le berceau du premier, afin de pouvoir établir ces relations.

Les deltas, ces vastes dépôts de terre d'alluvion, ont le funeste privilége de produire les affections endémiques et épidémiques les plus funestes. Celui du Gange est le berceau du choléra cyanique ; celui du Nil engendre la peste ; celui du Mississipi, la fièvre jaune ; les deltas, dans les autres parties du monde, sont très-souvent ravagés par les fièvres intermittentes pernicieuses, qui ne sont pas étrangères aux premiers. Ce premier rapport entre ces divers fléaux, la constitution géologique et hydrologique du sol, ne saurait être contesté. C'est dans ces lieux qu'ils sont à la fois endémiques et épidémiques.

S'ils franchissent ces lieux pour s'établir dans d'autres contrées, ou pour s'étendre en rayonnant dans celles où ils sont nés, on remarque qu'ils perdent de leur intensité et de leur fréquence, en raison directe de l'élévation du sol et de la diminution de l'humidité à la surface ou dans les couches profondes. Cette loi ne peut être méconnue, et les exceptions ne sauraient la renverser.

Ainsi, la peste règne avec le caractère endémique et épidémique dans le delta du Nil, jamais elle ne sévit avec la même intensité dans la haute Égypte, et enfin il reste une limite qu'elle ne peut franchir. Le choléra se montre avec ce double caractère dans le delta du Gange, et sous la forme épidémique, il ravage les côtes du Coromandel et du Malabar; mais il s'arrête souvent au pied des montagnes du Neelghery, parallèles à ces côtes, au pied du Népaul et de l'Hymalaya ; et, au rapport de M. Benet, ex-médecin du roi de Lahore, il apparaît à l'état sporadique dans les contrées élevées de cette province, lorsqu'il décime la population du Bengale. Si la cause perturbatrice acquérait un jour sa plus grande intensité, ces contrées pourraient être également ravagées par le fléau, ainsi qne les diverses parties du globe les plus élevées ; mais cet événement, aussi terrible qu'imprévu, ne saurait renverser une vérité établie sur une série de faits observés dans l'Inde, en Europe, en Afrique, en Amérique, et enfin sous nos yeux, dans tous les départements envahis par l'épidémie de 1832. Il existe sans doute des exceptions à cette loi générale, mais ce n'est pas une raison pour en nier l'évidence, et ceux qui rejettent l'influence des milieux géologiques, des milieux hydrographiques et des milieux géographiques sur la marche des épidémies, notamment sur celle du choléra, se sont copiés les uns les autres, n'ont rien examiné, rien approfondi, et se sont bornés à nous transmettre les assertions dénuées de preuves des premiers auteurs. Que peuvent donc nous apprendre tous ces travaux ? Ils encombrent les bibliothèques de descriptions inutiles, ils paralysent les efforts des véritables observateurs, et ils arrêtent ainsi les progrès des sciences. Les preuves ne nous manqueront pas pour montrer les graves inconvénients d'une méthode aussi vicieuse.

Le delta du Gange est beaucoup plus grand que celui du Nil ; il commence à 320 kilomètres en ligne droite de la mer, et il a une base de 300 kilomètres ; la surface totale qu'il présente est à peu près double, suivant M. Elie de Beaumont, de celle du delta du Nil ; elle est partagée par de nombreux courants qui serpentent dans toutes les directions et se ramifient les uns dans les autres, et leurs eaux s'écoulent dans la mer par dix ou douze embouchures. Diverses couches d'argile reposant sur des matières végétales, des dépôts tourbeux favorisent la stagnation de ces eaux à la surface du sol, et elles sont arrêtées dans leur cours par des boues de sables qui encombrent les branches du Gange. La région désignée sous le nom de Sunderbunds, couverte de broussailles (*jungles*), est considérée comme pestilentielle, et les

fièvres pernicieuses les plus graves sont le résultat du séjour de l'homme dans ces lieux inhabités. Les vastes rizières cultivées dans cette partie de l'Inde contribuent puissamment à entretenir cette humidité excessive de l'atmosphère et du sol qui est l'origine des maladies les plus graves. On les voit se développer avec une grande violence à l'embouchure de l'Indus, qui offre aussi un grand delta ; elles ont parfois présenté le caractère de la peste et de la fièvre jaune et ont fait des ravages non moins cruels que ces dernières maladies.

Il a régné, en 1816 (1), dans les contrées occidentales de l'Inde une maladie que l'on ne peut confondre avec le choléra, dont elle fut l'avant-coureur. Elle était caractérisée par une fièvre très-intense ayant le type rémittent, une teinte jaune foncé de la peau dont l'apparition n'était pas constante, un gonflement des glandes, des aisselles et des aines, suivi de la suppuration de ces parties. Cette maladie a d'abord paru à Kundacotte, ville du Sinde, ou delta de l'Indus ; elle se répandit ensuite dans la presqu'île du Guzarate et à Cutch, vers le golfe de Cambaye ; elle pénétra dans l'intérieur de la péninsule indienne, et au mois d'octobre, elle ravagea Delhi, Fottighur, Cawnpore, Allahabad et jusqu'à Calcutta. Sa violence fut extrême ; on a même pensé que la mortalité causée par ce typhus véritablement pestilentiel avait dépassé celle des épidémies les plus fatales aux habitants de l'Inde ; à Guzarade, il tua 25 personnes par jour ; à Cawnpore, un régiment perdit 10 hommes par vingt-quatre heures, un autre corps compta jusqu'à 1,000 malades, parmi lesquels un nombre considérable périt le quatrième jour après le commencement de la suppuration des glandes.

Il est évident, d'après cet exposé, que les fléaux les plus redoutables offrant les symptômes de la peste, du choléra et de la fièvre jaune, peuvent éclore dans l'Inde, sous la triple influence du sol, de l'humidité et de la chaleur. Les deltas où surgissent si souvent ces maladies, nous insistons à dessein sur cette remarque, sont aussi le berceau des fièvres pernicieuses intermittentes ; là les terres d'alluvion se trouvent accumulées ; là s'opère le mélange de l'eau douce et de l'eau salée, qui donne naissance aux fièvres paludéennes, d'après les recherches si concluantes de M. le docteur Mêher et de plusieurs autres médecins ; là enfin se réunissent toutes les conditions favorables aux actions et aux réactions électriques qui s'opèrent incessamment entre le sol et l'atmosphère. Au reste, quelle que soit la théorie, les faits tendent à démontrer que les embouchures des fleuves et les autres

(1) *Asiatic Journal*, juin et décembre 1817, *Gazette de Bombay*.

lieux, où s'opère un semblable mélange, sont à la fois les plus fertiles et les plus funestes à l'homme. La physique éclairera sans doute ce point si important et si obscur de la physiologie végétale de la pathologie humaine.

Des écrivains qui n'ont point approfondi les questions de géologie et de géographie médicale ont avancé, contrairement aux résultats les plus vulgaires de l'observation, que le choléra augmente d'intensité en progressant du midi au nord, et d'autres ont dit, sans étayer leurs assertions par les résultats de la statistique : le choléra ne dépend ni de l'humidité ni du voisinage des mers, des lacs, des fleuves, des marais, puisqu'il ravage des lieux situés dans le Népaul, à plus de deux cents lieues du littoral de l'Océan, et qu'il parcourt les plages qui, comme les déserts de l'Arabie, les plateaux calcaires et desséchés de la Perse, les steppes arides de la Tartarie, n'ont ni rivières, ni ruisseaux, ni eaux stagnantes, ni marécages, ni forêts. Sans eau, sans humidité, la vie végétale et la vie animale sont impossibles ; si ces deux éléments ne se trouvent point à la surface du sol, ils doivent se rencontrer entre les couches géologiques et dans l'atmosphère. Suivant la remarque importante de M. Arago, l'eau circule à toutes les profondeurs dans la masse du calcaire crayeux, et il existe d'immenses nappes d'eau dans les terrains stratifiés : d'ailleurs dans les lieux habités par l'homme où l'on ne trouve *ni rivières ni ruisseaux*, des rosées très-abondantes viennent rafraîchir l'atmosphère et répandre l'humidité sur le sol pendant la nuit. Il faut donc prendre en considération, dans la question qui nous occupe, l'humidité de l'atmosphère, celle du sol et les quantités d'eau qui se trouvent entre les couches géologiques. L'exposé des faits, dont chacun peut vérifier l'authenticité et l'exactitude, va nous démontrer d'une manière évidente que les conditions géologiques, hydrographiques et géographiques, ont la plus grande influence sur la marche du choléra épidémique.

Dans l'Inde, en Russie, en Pologne, en Allemagne, en France, en Angleterre et dans d'autres contrées, partout il a suivi d'une manière spéciale le cours des fleuves, des rivières et le littoral des mers. Après avoir ravagé la côte du Coromandel, il envahit celle du Malabar, suit le cours de l'Indus, gagne le golfe Persique, attaque les populations des rives de l'Euphrate et du Tigre, du littoral de la mer Caspienne, de la mer Noire, de la Baltique, de la Méditerranée, de l'Océan. D'un autre côté, après avoir remonté le Gange dans l'étendue de quatre cents lieues, il pénètre dans la presqu'île de Malacca, dans les îles de l'Archipel indien, dans le royaume de Siam, dans le Tonkin, dans la Cochinchine

et la Chine, le plus souvent en suivant les bords des fleuves et de la mer, en décimant les populations des lieux bas humides des quartiers les plus insalubres, les habitants des maisons étroites, obscures et mal aérées, des huttes où l'on trouve la malpropreté et la misère. C'est ainsi qu'il s'est propagé et a régné en Perse, en Turquie, en Arabie, en Egypte et dans les diverses parties de l'Europe : on l'a vu successivement envahir les bords du Kour, du Volga, du Don, du Dnieper, de la Vistule, de l'Oder, du Danube, de l'Escaut, de la Meuse, de la Marne et de la Seine.

Dans ces vastes contrées, les vallées humides, les lieux d'où jaillissent en cascades l'eau la plus pure, les lacs, les rivières et les ruisseaux dont l'eau est limpide, ont été envahis par l'épidémie, comme les bords fangeux des marais, les quartiers boueux, malpropres et humides des grandes cités.

L'épidémie qui a régné en Russie, en 1830 et 1831, n'a rencontré aucun obstacle dans sa marche vers le nord et l'occident; la cause qui la produit a franchi les profondes sinuosités du Caucase, composé d'un terrain secondaire réuni aux porphyres, aux lignites et aux granits; elle paraît avoir suivi cette bande de terrain de seconde formation qui s'étend de cette montagne à Saint-Pétersbourg, et sur laquelle reposent çà et là des terrains tertiaires; au reste les terrains de diverses époques se trouvent réunis dans cette vaste contrée, et à Moscou, antique cité où la peste et le choléra asiatique ont exercé, à diverses époques, de terribles ravages, le sol repose sur de nombreuses couches géologiques dont M. le docteur Markus a indiqué la nature. D'après ses recherches, le terrain qui recouvre les plateaux élevés de Moscou est caractérisé par les débris variés d'animaux marins ; ces débris forment quelquefois des couches de 50 pieds d'épaisseur, posés dans du sable et n'ayant pas une grande étendue. D'après les mêmes recherches, la pile géologique sur laquelle repose l'ancienne résidence des tzars est composée des éléments suivants :

Formation des terrains de Moscou, dans l'ordre de leur superposition.

Alluvions tertiaires.

Argile.
Sable avec du gypse, de l'argile plastique, des pyrites, des restes de plantes et d'animaux terrestres, d'animaux marins et d'eau douce.

Alluvions secondaires.

Argile.
Sable argileux.
Sable avec des pétrifications d'animaux marins.
Argile plastique et gypse.
Calcaire de coraux et calcaire de plaine.

Sable avec argile plastique et gypse.
Marne.
Marne avec des térébratulites.
Sable avec des traces de craie.
Grès.
Amas de térébratulites.
Grès.
Craie.
Grès.
Calcaire du Jura.

Si l'on ajoute à ces deux séries d'éléments géologiques les sels que contiennent encore les couches anciennes, les sels déposés par suite de la décomposition continuelle des substances animales et végétales en putréfaction, les sels entraînés par les eaux qui servent journellement aux usages domestiques, on aura l'explication des grands phénomènes pathologiques que Moscou a présentés aux diverses périodes de son histoire, à savoir : la peste, le choléra et les fièvres intermittentes au milieu de l'hiver, de l'hiver de la Russie. Ainsi que j'espère pouvoir l'établir, les villes les plus antiques, celles qui présentent dans leurs diverses parties un certain degré d'humidité agissent à la manière des *marais salants* à peine desséchés ; dans des circonstances sur lesquelles la science n'a encore jeté aucune clarté, les fièvres intermittentes peuvent régner épidémiquement dans les localités sans le concours de la chaleur atmosphérique ; ici on ne peut donc invoquer l'émanation d'effluves délétères par suite de la putréfaction des substances animales et végétales ; toutes les théories proposées jusqu'à ce jour tombent devant ce fait, en apparence si insignifiant, énoncé par M. le docteur Markus : *Avant l'apparition du choléra épidémique, pendant les hivers de* 1829 *et de* 1830, *au mois de janvier et de février, époque où la glace et la neige couvrent le sol, on a vu régner à Moscou des fièvres intermittentes graves.* Suivant le rapport de ce médecin, ces maladies se répandirent encore davantage au mois de mars, n'épargnèrent même pas les enfants de 3 à 4 ans ; elles furent parfois accompagnées de délire et perdirent de leur fréquence au mois de mai, précisément à l'époque où la chaleur et l'humidité doivent faire germer les *semina*, les miasmes inventés par les médecins des écoles modernes ! enfin dans le mois de juillet 1829, on vit diminuer simultanément les fièvres chaudes intermittentes et augmenter les affections de la membrane muqueuse du tube intestinal. Dans le mois d'août, elles reparurent à la vérité ; mais dans le mois de septembre, elles furent remplacées par des affections continues avec lésion de l'encéphale ; en octobre, en novembre et décembre, le type intermittent se montra de nouveau dans plusieurs ma-

ladies, malgré l'augmentation du froid, et enfin dans le mois de janvier et de février 1830, les fièvres intermittentes prédominèrent avec les affections catarrhales et rhumatiques, se montrèrent en plus grand nombre à la fin de mars, et ne disparurent qu'aux mois de juillet et d'août, époque où elles furent remplacées pour ainsi dire par les diarrhées et les dyssenteries jusqu'au mois de septembre, temps où commença le règne du choléra.

Suivant la remarque de M. le docteur Sielmann, ces fièvres sévirent surtout dans les bas fonds des quartiers situés le long de la rivière, c'est-à-dire dans les lieux principalement ravagés, à des époques éloignées, par la peste et par le choléra. En effet, d'après le rapport où ces faits curieux sont exposés, c'est dans la partie la plus basse de Moscou, située dans une presqu'île formée par une courbure de la Moskowa, séparée du reste de la section dont elle fait partie par un canal qui communique des deux côtés avec la rivière, et offrant en réalité une île très-humide et très-malsaine, que se répandit, en 1771, la peste et que le choléra régna en 1830. Cette dernière affection s'est aussi manifestée avec beaucoup de violence dans un bas-fond marécageux où se trouva l'immense hôtel des Enfants trouvés, enfin dans les endroits encore non assainis où règne un excès d'humidité. Ainsi se trouvent établis les rapports étiologiques de la peste, du choléra et des fièvres intermittentes, dans les mêmes conditions géologiques, topographiques et atmosphériques; ainsi se trouvent indiquées les rélations de l'action dynamique générale et de l'action dynamique locale de la terre. Ces principes seront confirmés par une foule d'observations. M. Markus résume ainsi celles qu'il a indiquées dans son rapport, et dont la généralité n'est plus aujourd'hui l'objet d'aucun doute.

1° Les localités les plus favorables au développement du choléra ont été les bas-fonds et les endroits situés à la proximité des eaux, surtout si elles croupissent, si la circulation de l'air n'est pas libre.

1° Les habitations qui ont fourni le plus de malades et les cas les plus graves dès le commencement de l'épidémie ont été celles qui se trouvaient dans les rues basses, étroites, boueuses, encombrées d'habitants, où l'air, la lumière pénètrent à peine, comme dans les logements souterrains, les cabanes puantes des barques.

Les mêmes observations ont été faites à Constantinople, à Londres, à Paris, dans les villes de la Pologne et de l'Allemagne, La première cité, un des berceaux de la peste, est située dans

une admirable position ; mais elle est environnée par les eaux de la mer, dont les émanations sont une source abondante d'humidité. Les maisons sont généralement mal construites, les rues mal pavées, boueuses et chargées d'immondices; la partie élevée présente des conditions hygiéniques assez favorables, tandis que la partie basse, qui longe la mer et où le choléra a commencé à exercer ses ravages, offre des bourbiers fangeux qui ont fixé l'attention de plusieurs observateurs. C'est aussi dans cette partie déclive où les eaux, chargées de sel et de matières organiques, s'infiltrent dans le sol et en augmentent l insalubrité. On a sans doute attribué les fâcheux effets de ces conditions locales des miasmes à des émanations toxiques ; mais l'ensemble des faits démontre l'inanité de cette hypothèse, et la nécessité d'éclairer encore à ce sujet la médecine des notions positives de la physique.

Sur les rives de la Vistule, de l'Oder, du Danube, comme sur celles du Bosphore, de la Seine et de la Tamise, les populations pauvres, mal logées, vivant dans des quartiers bas et humides, sur l'appareil littoral, on a vu sévir le choléra avec une intensité remarquable. Suivant les expressions de M. Brière de Boismont, les juifs habitant des réduits insalubres sur les bords de la Vistule, ont été la matière première de l'épidémie. A Breslau, elle a attaqué avec violence la population placée dans de semblables conditions, sur les bords de l'Oder, où les fièvres intermittentes règnent très souvent. Sur le même fleuve, on a vu succomber, avec les symptômes les plus graves qui la caractérisent, les hommes adultes d'un village salubre, qui avaient été travailler sur la rive opposée, dans une vallée marécageuse ; tous étaient revenus malades au sein de leurs familles, et cependant elles n éprouvèrent aucune atteinte de la maladie. Elle épargna les veuves et les orphelins.

En rassemblant, en comparant les faits, on distingue les causes primitives et les causes secondaires du choléra épidémique : parmi les premières, on trouve l'influence de la terre, d'un sol humide et des vicissitudes de l'atmosphère ; parmi les secondes, l'altération de l'air dans les habitations où se trouvent réunis les effets de l'encombrement, de la saleté et de la misère. Dans cette circonstance, ce fluide perd ses propriétés vivifiantes, et est surchargé d'éléments impropres à la respiration, à l'hématose ; mais dans cet état de concentration, l'air devient plus humide par suite de l'exhalation qui s'opère continuellement à la surface de la peau et des conduits bronchiques. Alors l'humidité de l'air s'ajoute à celle du sol peur augmenter l'insalubrité des ré-

duits habités par les classes pauvres et laborieuses. Cette dernière cause se retrouve dans toutes les conditions où la santé est gravement compromise, dans les lieux où se développent le choléra, la peste, la fièvre jaune, les fièvres intermittentes et rémittentes pernicieuses, les fièvres typhoïdes endémiques et la longue série des maladies chroniques. Nous le démontrerons par des faits les plus nombreux, les plus authentiques. l'humidité est le premier, le plus puissant agent de destruction des hommes et des animaux ; la physique et la physiologie expérimentale nous indiqueront son mode d'action, son influence nuisible sur leurs organes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

18. *Extrait du rapport adressé à M. le délégué du Gouvernement provisoire sur les traitements orthopédiques de M. le docteur Jules Guérin, à l'hôpital des Enfants, pendant les années* 1843, 1844 *et* 1845 ; par une commission composée de MM. Blandin, P. Dubois, Jobert, Louis, Rayer et Serres. — Président, M. Orfila.

Monsieur le délégué,

Par un arrêté du 7 août 1843, l'ancien Conseil général des hôpitaux et hospices civils de Paris nomma une commission chargée de suivre, pendant un temps qui ne devait pas être moindre d'une année, les traitements orthopédiques de M. le docteur Jules Guérin à l'hôpital des Enfants. Cette commission fut composée de M. Rayer, Serres, Louis, Breschet, Jobert et Blandin ; le Conseil délégua l'un de ses membres, M. Orfila, pour la présider.

Par un arrêté subséquent, en date du 21 février suivant, M. Paul Dubois fut nommé membre de la commission en remplacement de M. Breschet, qu'une maladie sérieuse avait éloigné de Paris,

Quoique les grands événements survenus depuis cette époque aient placé la commission vis-à-vis d'une administration nouvelle, elle ne s'est pas crue dispensée de l'accomplissement du devoir dont elle avait été chargée par la précédente, et elle vient le remplir aujourd'hui.

Aux termes de l'arrêté du Conseil des hôpitaux, la commission devait surtout constater d'une manière précise et officielle les résultats qui peuvent être obtenus des traitements orthopédiques,

mais elle devait également donner son avis sur une question délicate et litigieuse.

M. Guersant, chirurgien à l'hôpital des Enfants, avait signalé à l'administration un compte rendu public, et duquel il serait résulté que M. Jules Guérin aurait admis et traité dans son service un certain nombre de sujets dont les maladies ne rentraient pas dans la spécialité qui lui était confiée.

Le Conseil demandait en conséquence que la commission déterminât, entre la chirurgie et l'orthopédie proprement dite, une limite sur laquelle les praticiens ne semblaient pas être d'accord.

C'est après trois années d'observations très-attentives que la commission vient vous communiquer le résultat des recherches dont elle a été chargée. Mais avant d'entrer en matière, elle croit devoir rappeler quelques-unes des circonstances qui ont précédé et motivé sa mission.

A la suite d'un concours ouvert par l'Académie des sciences sur les difformités, l'orthopédie avait pris un grand développement.

Dans le but de faire participer la classe pauvre aux nouvelles ressources de la science, le Conseil général des hôpitaux avait consacré deux salles de l'hôpital des Enfants au traitement des difformités, et elle avait confié le soin des malades admis dans ces salles à M. le docteur Jules Guérin, dont l'Académie venait de couronner les travaux sur la matière. C'était en 1838. — De 1839 à 1843, se service avait fonctionné régulièrement, et l'affluence des malades et des médecins même semblait justifier cette création nouvelle.

Dans le mois de juin 1843, M. Orfila, au nom du Conseil invita M. Guérin à présenter un relevé des cas traités et des résultats obtenus depuis l'ouverture des salles.

Ce relevé numérique fut communiqué au Conseil et publié immédiatement dans plusieurs journaux. Il était conçu comme il suit :

DIFFOMITÉS.	NOMBRE DES CAS.	GUÉRISONS COMPLÈTES.	AMÉLIORATIONS.	PAS D'AMÉLIORATIONS.	MORTS.	NON TRAITÉS OU EN TRAITEMENT.
Strabisme.	155	100	8	»	»	47
Fausse ankylose de la mâchoire inférieure. .	1	1	»	»	»	»
Torticolis.	46	23	8	2	1	12
Déviations de l'épine.	155	24	28	4	1	98
Excurvations tubereuleuses.	112	4	46	46	2	14
Difformités rachitiques du thorax et des membres.	314	66	36	»	2	210
Courbures des membres par cal vicieux. . .	46	8	13	2	»	23
Difformités du coude (flexions permanentes, etc.)	9	2	1	1	»	5
Flexions permanentes de la main et des doigts.	14	3	4	»	»	7
Luxations congénitales des fémurs.	38	2	»	1	»	35
Difformités de la hanche sans luxation. . . .	58	0	22	6	»	»
Difformités des genoux.	265	13	72	9	5	124
Pieds-bots.	157	61	49	6	7	54
Flexion permanente des orteils.	1	1	»	»	»	»
Totaux. . . .	1349	358	287	77	18	609

En outre de ces difformités, 34 abcès froids ou par congestion et 11 épanchements articulaires ont été traités par la méthode sous-cutanée. En voici les résultats :

Abcès froids.	20	7	4	»	2	7
Abcès par congestion.	14	4	2	»	5	3
Épanchements articulaires.	11	8	3	5	»	»
Totaux. . . .	45	19	9	»	7	10
Totaux réunis. . . .	1394	377	296	77	25	619

Les résultats mentionnés dans ce tableau étaient, par leur nombre et leur importance, de nature à frapper vivement l'attention du public et des médecins ; et bientôt ils soulevèrent dans la presse médicale une polémique ardente et une critique agressive. La pratique de M. Guérin ne fut pas seulement accusée d'être

illusoire, stérile, dangereuse, mais l'on révoqua en doute la réalité et la possibilité même des succès qu'il avait annoncés. Ne voulant pas rester sous le coup de ces accusations dont il était l'objet, M. Guérin adressa au Conseil, à la date du 9 août 1845, une lettre par laquelle il lui demandait de vouloir bien nommer une commission parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux, qui serait chargée (nous citons le texte de la lettre) de s'enquérir des résultats qu'il avait publiés, de suivre pendant un temps suffisant les divers traitements mis en usage dans le service; enfin de rechercher par toutes les voies et moyens s'il n'avait pas droit à une éclatante réparation en échange des imputations dont il avait été l'objet. M. Jules Guérin ajoutait : « Vous le comprendrez, Messieurs, le résultat de cette enquête ne doit pas seulement servir à édifier votre religion et à me rendre justice, elle doit surtout avoir pour conséquence d'éclairer une haute question de science et d'humanité. »

Dans la séance même où cette lettre lui fut communiquée, le Conseil nomma la commission qui vient aujourd'hui vous présenter son rapport.

Placé entre les termes restreints de l'arrêté du Conseil, et ceux de la demande plus étendue de M. J. Guérin, la commission dut fixer d'abord les limites dans lesquelles elle remplirait la tâche qui lui était confiée. Elle pensa que sa mission devait être toute scientifique, et que, bien qu'elle eût eu pour cause un débat récent, il ne lui était pas possible de se constituer juge lorsque les éléments qui auraient dû éclairer sa conscience ne pouvaient plus être soumis à une rigoureuse appréciation. Il lui sembla d'ailleurs qu'il importait beaucoup plus à l'autorité future de sa parole et à l'intérêt de la science qu'elle se plaçât sur un terrain libre de toute opinion préconçue et de toute lutte passionnée. Il lui parut enfin que l'impression qu'elle recevrait des faits nouveaux qui devaient lui être soumis et le jugement qu'elle en exprimerait plus tard, contribueraient, beaucoup plus qu'un contrôle insuffisant des faits accomplis et contestés, à éclairer la question scientifique qui venait d'être si vivement débattue.

Afin qu'il en pût être ainsi, la commission demanda que ses recherches eussent pour objet exclusif des sujets atteints des maladies et des difformités indiquées au relevé de M. Guérin. — Ce médecin présenta en conséquence à la commission une série de sujets placés dans les conditions qui viennent d'être indiquées. — Cependant, comme il était impossible de réunir immédiatement ces différentes catégories de cas, et surtout de les traiter

dans les deux salles des Enfants qui ne renferment que douze lits, elle autorisa M. Guérin à lui présenter successivement les malades de toutes classes qui s'offriraient à lui ; de les prendre indistinctement parmi ceux qu'il aurait à traiter dans son établissement, à la consultation publique ou dans les salles de l'hôpital, voulant lui donner tous les moyens de rendre sa démonstration facile et complète ; sauf à la commission à prendre toutes les précautions possibles pour que son travail de vérification ne pût, en aucun cas, être, ni même supposé être illusoire.

Dans ce but elle a constaté, étudié, contrôlé avec le plus grand soin, avant, pendant et après le traitement, chacun des cas qui lui ont été présentés.

Après le traitement, une observation écrite, relative à chaque malade, vérifiée dans ses moindres détails avec un plâtre et un dessin à l'appui, a été parafée par elle. De plus, M. J. Guérin a constamment indiqué avant le traitement les points nouveaux qu'il voulait établir, les différents ordres de moyens qu'il se proposait d'employer, et les résultats qu'il avait en vue d'obtenir et qu'il espérait obtenir.

Pendant le traitement, la commission s'est fait représenter les malades aux différentes époques du traitement. Quand les sujets ont dû être opérés, et lorsqu'ils ont dû être traités, avant ou après l'opération, par les moyens mécaniques, elle a constaté leur état immédiatement avant et après l'opération, de manière à pouvoir apprécier matériellement les résultats propres à chacune de ces méthodes. De nouveaux plâtres ou de nouveaux dessins, représentant l'état des sujets aux principales périodes du traitement, ont fixé d'une manière invariable les souvenirs de la commission, indépendamment des notes écrites, vérifiées et parafées par elle avec le plus grand soin.

Après le traitement, mêmes précautions que précédemment, c'est-à-dire constatation et vérification de l'état des sujets, à l'aide du moulage, de dessins et de notes détaillées. Enfin, pour qu'il ne restât aucun doute dans son esprit sur l'état définitif des sujets et sur la permanence des résultats obtenus, elle les a revus pour la plupart une dernière fois, plus ou moins longtemps après la cessation du traitement, en prenant cette fois une note circonstanciée, non seulement sur l'ensemble de l'état du sujet, mais sur chacun des éléments dont se composait sa maladie ou sa difformité.

Aucune de ces constatations, aucune de ces vérifications n'a été laissée aux membres de la commission pris individuellement; mais toutes ont été faites par la commission réunie.

Indépendamment des précautions que nous venons de faire connaître, et qui ont eu pour but d'assurer à ses opérations une rigueur inattaquable, la commission à encore voulu leur donner un caractère de gravité et de maturité que le temps seul peut assurer aux controles de cette sorte. Quatre ans se sont maintenant écoulés depuis qu'elle a été investie de son mandat ; elle a pensé qu'une mission aussi grave, aussi difficile et aussi délicate, ne devait pas être précipitée, et que si la vérité pouvait souffrir d'un aussi long retard, ce retard cependant lui profiterait.

Le rapport que la commission présente à monsieur le délégué du gouvernement provisoire se divise naturellement en deux parties : la première consiste dans l'exposé détaillé des faits nombreux qu'elle a observés et une appréciation particulière de ces faits ; la seconde contient un résumé et une appréciation générale des faits relatés dans la première partie. . . .

. . . . . .

Les onze catégories de sujets atteints de difformités qui ont été traités sous les yeux de la commission représentent à très-peu de chose près, ainsi qu'elle l'avait désiré, celles qui composaient le relevé de 1843.

Sur cinq cas de strabisme primitif et consécutif, il y a eu cinq succès, dont quatre très-remarquables, et tous les cinq obtenus par les méthodes et procédés opératoires depuis plusieurs années par M. J. Guérin.

De ces cinq cas, trois appartenaient au strabisme primitif, les deux autres au strabisme consécutif, c'est-à-dire résultant d'opérations de strabisme primitif qui n'avaient pas été suivies de succès. Dans ces derniers cas, les yeux étaient gros, très-ouverts, déviés en sens inverse du strabisme primitif et plus ou moins fixes. L'opération leur a rendu le mouvement, la forme et l'expression presque entièrement normales, ainsi que l'exercice physiologique de la vision. Ces résultats ont été constatés pour la dernière fois onze mois après le traitement chez le premier de ces malades ; quinze mois chez le deuxième ; cinq mois chez le troisième ; une année chez le quatrième ; un mois chez le cinquième.

Sur cinq cas de torticolis très-prononcés, le redressement a été complet dans quatre cas et à peu près complet dans le cinquième. De plus, les quatre premiers sujets ont obtenu une amélioration notable dans la configuration du visage par suite du redressement du cou et de l'action des appareils mécaniques employés par M. J. Guérin. Les sujets ont été revus pour la

dernière fois, le premier, huit mois après le traitement ; le second, sept mois ; le troisième, une année ; le quatrième, six mois ; le cinquième, trois mois.

Sur neuf cas de déviation de l'épine à différents degrès, mais dont sept seulement ont suivi le traitement jusqu'au bout, il y a eu trois redressements complets et deux considérablement améliorés. Dans tous les cas, la déviation, les courbures et la gibbosité étaient assez prononcées pour exiger un traitement orthopédique actif. Chez tous, les moyens mécaniques avaient été insuffisants. Chez tous, la section sous-cutanée des muscles du dos a produit immédiatement une somme de redressement qui n'a pas permis de méconnaître les effets primitifs de cette opération. Néanmoins la commission est restée convaincue de la nécessité indispensaple d'associer aux sections tendineuses et musculaires, soit comme moyens préparatoires, soit comme auxiliaires, l'emploi des appareils mécaniques.

Les sujets ont été revus pour la dernière fois, le premier, sept mois après le traitement ; le second, huit mois ; le troisième, six mois ; le quatrième, deux mois ; le cinquième, quatre mois ; le sixième, un mois ; le septième, six mois ; le huitième, à la fin du traitement ; le neuvième, six mois.

Sur cinq malades atteints de luxations congénitales des fémurs et présentés à la commission, trois seulement ont été traités. Chez un de ces trois sujets, la luxation a pu être complétement réduite ; mais deux récidives survenues à plusieurs mois d'intervalle laissent toujours du doute sur la persistance définitive de la dernière réduction. Lorsque ce malade a été examiné une dernière fois par la commission, seize mois après la réduction, les rapports de la tête du fémur avec le bassin n'offraient pas l'apparence d'une conformation tout à fait normale. Les deux autres cas traités ont donné lieu à un genre d'amélioration aussi remarquable qu'imprévu ; chez ces sujets, une articulation nouvelle s'est produite au voisinage de l'ancienne cavité, et les os du membre raccourci par la luxation ont été allongés d'une quantité suffisante pour compenser la brièveté résultant d'un reste de déplacement de l'articulation luxée. Ces deux derniers sujets ont été revus pour la dernière fois à la fin du traitement.

Sur huit cas de déviation des genoux, mais dont cinq seulement ont suivi le traitement (deux des sujets étant morts avant de le commencer), il y a eu quatre redressements complets, et le cinquième à très-peu de chose près complet. Cet ordre de faits, l'un des plus importants de la série, mérite d'autant plus d'être apprécié qu'aucun chirurgien n'avait essayé, avant

M. J. Guérin, de porter un remède efficace à cette difformité. Les guérisons ont été obtenues par des opérations et des appareils de l'invention de M. J. Guérin.

Les cinq sujets ont été revus pour la dernière fois, le premier et le second, à la fin du traitement; le troisième, six mois après le traitement; le quatrième, à la fin du traitement; le cinquième, six mois après le traitement.

Sur dix cas de pieds bots de toutes les formes, de tous les degrés, il y a eu six succès complets, deux succès à peu près complets et deux améliorations notables. Quoique le traitement du pied bot fût un des mieux connus et des plus avancés de l'orthopédie, on a vu, par les observations détaillées, que les résultats obtenus par M. J. Guérin l'ont été dans des conditions pour la plupart très-rares, sinon tout à fait insolites, et dans certaines formes qui, avant M. J. Guérin, n'avaient pas été abordées par la chirurgie. Nous reconnaissons volontiers, du reste, que, même dans les cas ordinaires, les principes et les procédés opératoires de M. J. Guérin et les appareils mécaniques qu'il a imaginés produisent des résultats d'un précision et d'une netteté qui ne sauraient être contestées.

Lorsque les résultats qui viennent d'être indiqués furent constatés pour la dernière fois par la commission, trois mois et demi s'étaient écoulés depuis le traitement chez le premier de ces malades; deux mois chez le second; plus d'une année chez le troisième; quatre mois chez le quatrième; un mois chez le cinquième; six mois chez le sixième; un mois chez le septième; six mois chez le huitième. La commission a revu le neuvième à la fin du traitement; le dixième, trois mois après le traitement.

Les deux cas de difformités arthralgiques ont été complétement guéris.

La guérison a été constatée pour la dernière fois, chez le premier sujet, six mois après le traitement; chez le second, à la fin du traitement.

Les deux cas de difformités par rétraction de cicatrices ont donné lieu à deux succès très-remarquables. Le premier était un cas d'ankylose de la mâchoire par l'effet d'une masse inodulaire. Le second (coarctation de la main et des doigts portée au plus haut degré et datant de vingt ans) sera le point de départ d'une méthode nouvelle, la seule qui jusqu'ici soit parvenue à produire des guérisons permanentes.

Ces résultats ont été constatés, chez le premier sujet, plus de deux ans après le traitement; chez le second, plus d'un an.

Les courbures rachitiques, au nombre de deux, et les cals

vicieux rachitiques, au nombre de trois, ont donné lieu à trois très-beaux résultats : un de courbure rachitique, redressée extemporanément par la fracture intralamellaire de l'os et la ténotomie ; deux de courbure anguleuse par cal vicieux rachitique, guéris également par le redressement extemporané associé à la ténotomie. A ces moyens, M. J. Guérin ajoute en cas de nécessité la section sous-cutanée partielle de l'os. Ces diverses méthodes, également propres à M. J. Guérin, ouvrent une nouvelle voie à l'orthopédie.

Les deux autres sujets de cette catégorie sont morts avant d'avoir commencé le traitement.

Ces résultats ont été constatés pour la dernière fois, chez le premier sujet, trois mois après le traitement ; chez le second et le troisième, à la fin du traitement.

Des six cas d'excurvation tuberculeuse, deux des sujets n'ont pas achevé le traitement ; trois ont été guéris de la maladie et de la difformité ; le quatrième a obtenu une amélioration notable sous l'un et l'autre rapport.

Ces résultats ont été constatés pour la dernière fois, chez les trois sujets guéris, deux ans après le traitement ; chez le quatrième, à la fin du traitement.

Sur six abcès par congestion, trois ont été complétement guéris ; deux longtemps améliorés ; et le sixième malade est mort pendant le traitement, des suites de l'ouverture spontanée de l'abcès. La commission s'est assurée de la persistance des résultats obtenus, chez le premier, dix mois après la disparition de l'abcès ; chez le second, sept mois ; chez le troisième, six mois ; et chez tous, elle a constaté concurremment le retour à la santé.

Il n'est pas inutile de rappeler que les guérisons obtenues dans ces deux dernières catégories, par M. J. Guérin, étaient regardées généralement comme impossibles ; ces guérisons sont en effet de très-beaux succès.

Tels sont les faits nombreux et remarquables dont les membres de la commission ont été les témoins attentifs et consciencieux. Dans toutes les catégories auxquelles ces faits appartiennent, des succès incontestables ont été obtenus.

Nous signalons expressément ces résultats, parce que, dans la polémique ardente soulevée par la publication du relevé de M. J. Guérin, la réalité et jusqu'à la possibilité des succès annoncés par lui avaient été révoqués en doute, et parce que l'utilité même de l'orthopédie avait été mise en question. Si la commission s'arrête à cette simple déclaration ; et si, retenue par les scrupules d'une impartialité peut-être excessive, elle s'abstient

de conclure, de la réalité des succès qui se sont accomplis sous ses yeux, à la réalité de ceux dont elle n'a pas été témoin et qui ont été contestés, elle pense cependant qu'il lui est permis de couclure positivement de la possibilité des uns à la possibilité des autres.

Ce témoignage, le seul que la raison puisse avouer, en même temps qu'il rend aux efforts et au mérite de M. J. Guérin la justice qui leur est due, a un avantage plus grand encore, c'est de proclamer une vérité qui ne saurait manquer d'être profitable à la science.

Dans la qualification des résultats dont elle a été témoin, la commission s'est presque toujours abstenue de les caractériser par les mots de guérison complète ; non que cette qualification n'eût pu s'appliquer légitimement à un grand nombre de ces résultats ; mais la commission, en cela parfaitement d'accord avec M. J. Guérin, a cru devoir s'en abstenir ; en effet, les difformités constituent des faits pathologiques, dans l'appréciation desquels cette appellation peut devenir une occasion d'interprétations arbitraires aussi préjudiciables à l'art qu'à l'artiste, car ces difformités ne sont pas des accidents ou des altérations partielles. L'ancienneté du mal, les modifications profondes qu'il imprime aux parties, ne permettent que très-rarement d'atteindre la généralité de ses éléments ; d'où il résulte qu'alors même que les caractères principaux de la difformité ont été effacés, des traces éloignées, et en quelque sorte fondues dans l'organisme, pourraient aisément, par leur persistance, provoquer des contradictions trop exigeantes. Tels qu'ils sont néanmoins, ces résultats nous paraissent de nature à rétablir la confiance du public et des médecins dans l'efficacité des différentes méthodes orthopédiques ; confiance qui n'a pu être légitimement ébranlée que par des méprises sans doute involontaires, ou par des récidives résultant du défaut de persévérance et de soins, de la part des malades, dans l'emploi des moyens.

La commission croit devoir surtout insister sur un point : c'est que, contrairement à de certaines allégations qui avaient pu répandre l'alarme dans le public sur le danger des opérations pratiquées par M. J. Guérin, elle a constaté, sans aucune exception, l'innocuité de ses opérations, et elle n'hésite pas à déclarer que les sections sous-cutanées pratiquées sous ses yeux ont été exemptes de tout accident inflammatoire sérieux ou de toute autre complication dangereuse.

La commission ne saurait terminer son travail sans répondre à la question qui lui a été adressée par le Conseil des hôpitaux,

et qui est relative aux observations de M. Guersant. Elle ne se dissimule pas toutefois qu'elle éprouve à cet égard un embarras qui résulte de la nature même du conflit, et de l'absence de renseignements précis qui lui seraient nécessaires pour éclairer son jugement.

Les travaux de M. J. Guérin, en rattachant à une même cause la rétraction musculaire anormale, la production de difformités qui en ont été longtemps considérées comme indépendantes ; en considérant, d'autre part, comme guérissables, ou du moins comme pouvant être heureusement modifiées ou arrêtées dans leur marche, des altérations osseuses dont la manifestation paraissait inévitable et défier les resources de l'art, l'ont naturellement conduite à faire rationnellement entrer dans le domaine de l'orthopédie des maladies nombreuses, dont les unes étaient à peu près abandonnées à elles-mêmes, et dont les autres appartenaient à la chirurgie ou à la médecine proprement dite. Si la réclamation de M. Guersant était fondée sur cette extension du domaine orthopédique par M. J. Guérin, la commission trouverait très-difficile de fixer entre l'orthopédie et la chirurgie, dont elle est une dépendance, la limite demandée par le Conseil. Malgré son désir de concilier les intérêts opposés, elle répugnerait à faire souffrir M. J. Guérin des résultats mêmes de son zèle et de ses efforts pour l'avancement de la science et de l'art.

La commission croit devoir compléter son rapport par les conclusions suivantes :

1° Les résultats obtenus par M. J. Guérin sous les yeux de la commission pendant les années, 1843, 1844 et 1845 dans le traitement du strabisme, du torticolis, des déviations de l'épine, des luxations congénitales, des déviations des genoux, des pieds-bots, des difformités arthralgiques, des difformités par rétraction de cicatrices, des difformités rachitiques, des excurvations tuberculeuses et des abcès par congestion, sont de nature à établir que la pratique de M. J. Guérin est tout à la fois remarquable par les considérations élevées et judicieuses sur lesquelles elle se fonde, et par l'habileté et souvent la hardiesse heureuse avec lesquelles les procédés opératoires sont exécutés.

2° Les méthodes, procédés et appareils imaginés par M. J. Guérin pour le traitement des difformités et accidents qui les compliquent, et les règles qu'il a posées pour leur application, constituent un ensemble de moyens et de préceptes à l'aide desquels il a produit des résultats complétement nouveaux ; comme l'ensemble de ses recherches et de ses idées sur cet ordre de faits avaient dès longtemps constitué une branche de la médecine presque entièrement nouvelle.

3° En raison des progrès qu'il a imprimés à la science des difformités et à l'art de les traiter, en raison des sacrifices qu'il a faits, en raison de la persévérance avec laquelle il a poursuivi de longues et pénibles recherches, la commission est heureuse de le déclarer, M. J. Guérin a bien mérité de la science et de l'humanité; elle émet en conséquence le vœu que le service chirurgical, qui lui a été confié par la précédente administration, lui soit conservé tout à la fois, comme un établissement utile aux pauvres malades et comme une juste récompense de ses travaux.

Elle émet en outre le vœu que le présent rapport soit imprimé, dans sa totalité, par les soins de l'administration.

Paris, le 6 avril 1848.

Ont signé : MM. Blandin, P. Dubois, Jobert, Louis, Rayer, Serres, et Orfila, président.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE NATIONALE DES SCIENCES DE PARIS.

SÉANCE DU 19 FÉVRIER.

Grandes ventouses. — M. Junod lit des considérations sur les inconvénients et les dangers des saignées générales et locales, et sur un moyen certain d'obtenir, dans la plupart des cas, tous les avantages des émissions sanguines sans redouter aucun accident.

L'auteur, après avoir énumeré les accidents et les dangers inhérents à l'emploi de la saignée, rappelle les avantages de sa méthode hémospasique, qui peuvent se réduire en ces termes :

1° Révulsion et congestion sanguine artificielle sur une partie éloignée de l'organe malade, ordinairement sur les extrémités inférieures ; 2° révulsion toujours mesurée, graduée selon les effets qu'on veut produire, puisque l'instrument agit absolument dans une proportion géométrique ; 3° à la révulsion sanguine s'ajoute nécessairement celle de la chaleur, de l'action nerveuse, qui a bien aussi sa part d'influence thérapeutique ; 4° ce mouvement de révulsion, se faisant toujours du centre à la périphérie, est toujours salutaire, comme on sait, dans le cours des maladies ; 5° enfin, dans certains cas, il se manifeste une sorte de perturbation générale dont les effets ont été constamment utiles, et que l'on attendrait en vain des moyens thérapeutiques fondés sur la physiologie des organes.

Usages du suc pancréatique dans la digestion. — M. Bernard lit

un mémoire sur les usages du suc pancréatique dans la digestion. Il s'est proposé pour but, dans ce travail, de démontrer expérimentalement que le fluide pancréatique est destiné, à l'exclusion de tous les autres liquides intestinaux, à modifier d'une manière spéciale, ou autrement dit à digérer les matières grasses neutres contenues dans les aliments, et à permettre de cette manière leur absorption ultérieure par les vaisseaux chylifères. Il résulte des expériences auxquelles M. Bernard s'est livré pour étudier les propriétés physiologiques du suc pancréatique en dehors de l'animal et dans l'animal vivant : 1° que le suc pancréatique possède la propriété d'émulsionner instantanément et d'une manière complète les matières grasses neutres, de les acidifier ensuite et de les dédoubler en acide gras et en glycérine. Le suc pancréatique jouit seul de cette propriété, à l'exclusion de tous les autres liquides de l'économie ; 2° que le suc pancréatique, en émulsionnant et en modifiant les matières grasses, les rend absorbables et devient de cette manière l'agent indispensable et unique de la formation du chyle.

Sur l'exhalation de l'acide carbonique dans l'état physiologique et dans l'état de maladie. — MM. Paul Hervier et Saint-Lager, internes à l'Hôtel-Dieu de Lyon, adressent un mémoire sur les variations d'acide carbonique exhalé dans l'état de maladie et dans certaines conditions physiologiques, telles que le sommeil, la digestion, la course, etc.

Nous extrayons de ce travail les conclusions suivantes :

État physiologique. — 1° Il existe dans l'exhalation de l'acide carbonique des variations horaires coïncidant avec celles du baromètre, ayant, comme ces dernières, deux maxima, l'un vers neuf heures du matin, et l'autre à onze heures du soir ; et deux minima, l'un vers trois heures du soir, et l'autre à cinq heures du matin. Le maximum du matin est plus grand que celui du soir.

2° Les variations de température et de pression agissent en sens inverse l'une de l'autre : l'une pour diminuer, l'autre pour augmenter l'exhalation du gaz acide carbonique.

3° Pendant le travail de la digestion, il y a moins de carbone brûlé.

4° La nourriture animale diminue la quantité d'acide carbonique ; l'usage exclusif des féculents l'augmente.

5° Pendant une course rapide, l'air expiré ne contient plus d'acide carbonique.

6° Il en est de même après les inspirations d'éther et de chloroforme.

7° L'usage des boissons alcooliques produit le même effet.

8° Pendant le sommeil, il se produit moins d'acide carbonique que pendant la veille.

9° La température de l'air expiré à l'état normal ne varie pas sensiblement.

10° L'air expiré par les enfants contient plus d'acide carbonique que celui des adultes.

État pathologique. — 1° Dans la méningite, la péritonite, la métro-ovarite, et en général dans toutes les phlegmasies bien caractérisées, il y a hypercrinie carbonique.

2° Font exception à cette règle : la pneumonie, la pleurésie, la péricardite et toutes les phlegmasies qui peuvent avoir pour effet de gêner la respiration ou la circulation. Dans ce cas, il y a hypocrinie carbonique.

3° Les sujets atteints de rhumatisme articulaire aigu exhalent plus d'acide carbonique.

4° Il se brûle plus de carbone pendant les accès de fièvre intermittente; l'augmentation est plus marquée dans le stade de la chaleur que pendant le frisson ; vers la fin de la période de sueur, l'air expiré diffère peu de ce qu'il est à l'état normal.

5° Dans toutes les maladies qui ne sont pas accompagnées de fièvre ou de marasme, telles que la chlorose, le diabète, les affections nerveuses, il n'y a pas de variations dans les proportions de l'acide carbonique expiré.

6° Dans la variole, la rougeole, la roséole, la scarlatine, l'érysipèle, l'érythème, il y a moins de carbone brûlé.

7° Pendant le travail de la suppuration, le poumon exhale moins d'acide carbonique.

8° Dans le scorbut, le purpura, l'anémie, l'anasarque, il y a hypocrinie carbonique.

9° Il en est de même dans les dernières périodes des cachexies cancéreuses, scrofuleuses, syphilitiques.

10° Les individus affectés de fièvre typhoïde, de dyssenterie ou de diarrhée chronique exhalent moins d'acide carbonique.

11° Il se brûle moins de carbone par la respiration dans la phthisie pulmonaire.

12° La température de l'air expiré à l'état pathologique est en raison directe du nombre des inspirations.

Recherches expérimentales sur le chloroforme. — M. Coze, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, adresse une note sur le chloroforme, dans laquelle il expose le résultat d'un assez grand nombre d'expériences entreprises dans l'intention d'apprécier le mode d'action du chloroforme sur l'économie animale. Il lui paraît résulter de ces recherches que le chloroforme agit en suspendant et quelquefois en détruisant la vie des divers organes avec lesquels il est mis en contact. Seulement les conditions anatomiques et physiologiques des organes donnent à cette action des caractères particuliers. Il suspend ou détruit la vie des muscles, celle des tuniques de l'intestin. Le chloroforme a le même pouvoir sur le cœur, sur le poumon. Un animal, chez lequel on

pratique une légère injection de chloroforme dans les poumons, meurt instantanément.

Il est impossible d'anesthéniser le cerveau isolément. Dans ce cas, les fonctions de la moelle épinière paraissent plus actives, les contractions musculaires sont plus vives, plus brusques, mais il n'y a plus la moindre manifestation de douleur à la suite du pincement ou du tiraillement des nerfs.

M. Coze a anesthénisé aussi isolément la moelle épinière ; le cerveau conserve l'intégrité de ses fonctions ; la mort survient sitôt que le chloroforme atteint la partie supérieure de la moelle.

Ainsi l'action du chloroforme procède toujours de la même puissance anesthésiante, mais les phénomènes qu'il produit varient selon la structure et les fonctions des organes sur lesquels s'exerce cette action.

M. Coze, examinant ensuite la nature de l'anesthésie générale produite par l'inspiration des vapeurs de chloroforme, démontre que c'est principalement par le poumon et non par les veines des surfaces nasales et buccales que se fait l'absorption du chloroforme. Le sang, imprégné de chloroforme, va anesthéniser tout le corps. On peut préserver un membre de l'anesthésie en comprimant l'artère principale qui s'y rend. L'insensibilité se prononce dès que l'on enlève l'obstacle opposé à la circulation. Mais le sang chloroformé semble se porter en plus forte proportion vers le cerveau. La cause de cette inégale répartition réside dans la nature du mouvement de l'ondée sanguine partant du ventricule gauche à chacune de ses contractions.

Les causes de la mort par les inspirations du chloroforme sont, ou bien dans quelques cas la pénétration d'une petite quantité de chloroforme liquide dans les poumons, et par suite l'hépatisation ou l'accumulation de la sérosité sanguinolente. Dans le plus grand nombre des cas, c'est la paralysie du cœur et des gros vaisseaux, et l'engorgement sanguin du cœur droit et gauche.

Causes des bruits du cœur. — M. Wanner communique une note sur les causes des bruits du cœur.

D'après l'auteur, ces bruits seraient le résultat de vibrations se passant dans un appareil contenu dans un point particulier de cet organe ; cet appareil, dont le centre correspond à la partie inférieure de la cloison interauriculaire, consiste en parties cartilagineuses très-élastiques qui sont la partie inférieure de l'artère pulmonaire et surtout de l'aorte qui s'attache par sa partie inférieure et latérale droite au grand fibro-cartilage ; en deux fibro-cartilages, l'un petit et l'autre plus grand, qui donnent insertion aux fibres musculeuses du cœur ainsi qu'aux extrémités de la valvule mitrale et à la partie moyenne du bord supérieur de la valvule tricuspide : ils sont situés dans l'intérieur de la cloison interauri-

culaire à sa partie inférieure ; en membranes fibreuses : 1° celles qui composent la cloison interauriculaire, 2° la valvule mitrale, 3° la valvule tricuspide ; enfin, ces deux valvules se terminent par des cordes tendineuses qui viennent s'insérer en bas aux colonnes charnues du cœur.

Le premier bruit a lieu pendant la systole, pendant laquelle le cœur est porté violemment vers le thorax, et sa pointe vient heurter entre la quatrième et la cinquième côte, entraînant à sa suite l'aorte et les autres vaisseaux élastiques qui sont à sa base. Dans ce mouvement, les fibres musculaires longitudinales ventriculaires, en se contractant, tirent en bas les cordes tendineuses, celles seulement qui correspondent aux extrémités de la valvule mitrale et deux ou trois qui agissent sur la partie moyenne de la valvule tricuspide, ce qui abaisse les fibro-cartilages et en même temps les oreillettes ; mais les fibres obliques, en se contractant également, font plisser la partie moyenne de la valvule mitrale, et les deux côtés de la valvule tricuspide qui se trouvent entre la partie moyenne de chaque extrémité de cette même valvule, tandis que les cordes tendineuses qui correspondent à la partie moyenne par la valvule mitrale, et celles qui font suite à chacune des portions valvulaires qui sont situées entre la partie moyenne et chaque extrémité pour la valvule tricuspide, se trouvent abaissées et distendues. Pendant ce temps le sang, pressé de toutes parts, est forcé de suivre la direction qui lui est imprimée dans sa projection ; il passe rapidement en frottant sur les cordes tendineuses, sur les fibro-cartilages et sur les membranes fibreuses qui constituent l'appareil, ce qui donne des vibrations qui sont sourdes et profondes, parce qu'elles sont amorties par les colonnes sanguines que chassent les ventricules, et qui durent autant qu'a lieu la collision du sang.

Le deuxième bruit du cœur est produit par le relâchement brusque des fibres musculeuses tant longitudinales qu'obliques, ce qui permet aux vaisseaux élastiques de retirer à eux le cœur, qui subit alors un écartement, principalement à sa base. Dans ce mouvement, les valvules mitrales et tricuspides, dont les cordes tendineuses sont abaissées comme il a été dit plus haut, se trouvent à l'instant relevées, et les parties de ces mêmes valvules qui sont plissées se trouvent tout à coup déplissées, ce qui donne des vibrations sèches et claires, semblables à celles que produit un coup de fouet.

Expériences à l'appui. — En appliquant l'extrémité la plus évasée d'un petit tube sur les parties correspondantes aux fibro-cartilages et l'autre extremité à l'oreille, et faisant ensuite exécuter au cœur, par la compression, des mouvements de contraction et de relâchement, ce n'est seulement que dans ce point que les bruits se font entendre. Si ensuite on coupe les points d'insertions des fibro-cartilages aux membranes fibreuses, il n'y a plus de bruit sec et sonore, on n'entend plus qu'un bruit

flasque et sans force, résultat de la mollesse des chairs qui sont alors relâchées.

Nouveau procédé pour l'application du mercure métallique sur la peau. — M. Gaudin adresse une lettre sur un nouveau procédé pour appliquer le mercure métallique sur la peau. Ce moyen consiste à tremper le coton-poudre dans une dissolution de nitrate acide de mercure, à l'étaler ensuite sur la peau et à y mettre le feu. Tout le coton-poudre se consume, et laisse sur la peau une couche de mercure métallique très-divisé; le malade n'éprouve aucune sensation de brûlure.

SÉANCE DU 26 FÉVRIER.

Usage physiologique du suc gastrique. — M. Dumas lit au nom de MM. Magendie, Milne-Edwards et au sien, un rapport sur un mémoire de M. Bernard, intitulé : *Recherches sur les usages du suc gastrique*, et dont l'auteur a donné lecture à l'Académie dans la dernière séance. (Voyez le compte rendu de la séance du 12 février.) Il y a quelques années à peine, dit M. le rapporteur, que, se fondant sur les caractères chimiques des substances alimentaires, quelques chimistes les classaient en quatre groupes. Les matières solubles par elles-mêmes, et en conséquence susceptibles d'être directement absorbées par les veines du tube digestif ; les matières amylacées propres à se convertir en sucre ; les matières fibrineuses qui exigeaient une fermentation spéciale pour devenir solubles ; enfin, les matières grasses évidemment destinées à passer dans le chyle et à lui donner ses caractères les plus apparents.

Les recherches récentes de MM. Bouchardat et Sandras, Mialhe, Bareswill et Bernard lui-même, ont mis hors de doute l'existence d'un ferment propre à saccharifier la fécule dans quelques-uns des liquides qui se mêlent au bol alimentaire. Elles ont prouvé que le suc gastrique a surtout pour objet d'opérer la digestion des matières azotées qu'il rend solubles. Il restait encore à découvrir le véritable agent de la digestion des corps gras, c'est-à-dire l'agent de la formation du chyle proprement dit.

M. Bernard vient mettre en évidence que ce rôle remarquable appartient au suc pancréatique ; il le démontre par trois preuves concluantes :

1° Le suc pancréatique pur et récemment formé émulsionne les graisses et les huiles avec la plus grande facilité. L'émulsion persiste pendant longtemps et les corps gras y éprouvent bientôt une fermentation qui en sépare les acides qu'ils renferment.

2° Le chyle ne commence à se réunir dans les chylifères qu'à partir de la région du tube intestinal où le suc pancréatique est venu se mêler aux matières alimentaires.

3° Dans les affections du pancréas, on voit les corps gras, contenus dans les aliments, passer tout entiers dans les déjections.

L'auteur nous a rendu témoin de la première de ces expériences et nous a fourni l'occasion de la reproduire avec de nombreuses variétés de suc pancréatique ; elle n'est pour nous l'objet d'aucun doute. Il est incontestable que les corps gras sont émulsionnés par ce suc d'une manière facile et persistante ; il ne l'est pas moins que la salive, le suc gastrique, la bile même, sont privés de cette propriété.

La seconde démonstration peut être donnée de bien des manières, mais l'auteur a trouvé dans une disposition particulière de l'appareil digestif du lapin un moyen irrécusable de la reproduire avec la plus parfaite précision et à volonté. Le suc pancréatique parvient dans le tube intestinal de cet animal à une distance d'environ 25 centim. au-dessous du point où se verse la bile elle-même. Or, tant que les matières alimentaires n'ont pas atteint la région où elles se mêlent au suc pancréatique, rien n'indique la formation et la séparation d'un chyle lactescent ; rien ne montre dans l'intestin même que les corps gras y soient émulsionnés. Au contraire, dès que le suc pancréatique se mêle aux aliments, on voit les graisses s'émulsionner, le chyle laiteux remplit les chylifères correspondants, et rien ne saurait donner une idée des résultats de ces expériences qui offrent toute la netteté d'une opération chimique effectuée dans le laboratoire et la beauté des injections les plus parfaites.

La commission, sans s'arrêter à la constitution chimique du suc pancréatique qui sera l'objet d'expériences ultérieures fort dignes d'attention, ne peut donc hésiter à conclure que l'auteur a parfaitement établi son rôle physiologique ; qu'il a complété les caractères généraux de la théorie de la digestion ; qu'il a fait connaître le mécanisme de la formation de la substance grasse du chyle et celui de la digestion des matières grasses.

Par la nouveauté des faits, leur précision, leur enchaînement exact, leur importance, le mémoire de M. Bernard paraît donc à votre commission très-digne de faire partie du recueil des savants étrangers publié par l'Académie.

Nous avons l'honneur de lui en proposer l'insertion dans ce recueil.

Ces conclusions sont adoptées.

SÉANCE DU 5 MARS.

La séance est consacrée à des objets étrangers aux sciences médicales.

SÉANCE DU 12 MARS.

Douches froides appliquées au traitement des maladies utérines. — M. L. Fleury communique l'extrait d'un mémoire sur l'emploi des douches froides, locales et générales, internes et externes, appliquées au traitement des engorgements et des déplacements de la matrice, ainsi que des accidents généraux qui accompagnent souvent ces affections.

Les résultats que lui a fournis l'hydrothérapie dans le traitement des

engorgements de la rate et du foie, dans celui de plusieurs affections articulaires, l'ont engagé à combattre par des moyens analogues certaines maladies utérines, telles que les déplacements et les engorgements. Dix malades présentant des accidents locaux et généraux très-graves, affectées depuis un espace de temps qui a varié entre un an et treize ans, d'un engorgement hypertrophique ou induré du col de la matrice, d'un déplacement utérin simple ou multiple, ont été traitées à Belle-vue par les douches froides, locales et générales, internes et externes. Ces dix malades ont guéri. La durée du traitement a été au maximum de sept mois, au minimum de six semaines, et en moyenne de trois mois et demi. Voici les conclusions auxquelles est arrivé l'auteur de ce mémoire :

1° Les douches froides ne guérissent point directement les ulcérations utérines.

2° Les douches froides permettent d'obtenir la résolution complète d'engorgements, soit hypertrophiques, soit indurés, de la matrice, alors même que ces engorgements sont anciens, considérables, qu'ils ont résisté aux différentes médications usuelles, et notamment à l'application du fer rouge.

3° En résolvant l'engorgement de l'utérus, les douches froides permettent d'obtenir la cicatrisation d'ulcerations qui, liées à l'engorgement et entretenues par lui, ont résisté à des applications réitérées de divers caustiques, et même au cautère actuel.

4° Les douches froides amènent la guérison complète de déplacements utérins anciens, considérables, ayant rendu nécessaire l'application de procédés mécaniques, et envisagés par les praticiens les plus éminents comme des infirmités.

5° L'action exercée par les douches froides est double : elle s'adresse simultanement aux accidents locaux et mécaniques, et aux symptômes généraux et sympathiques ; elle combat directement, et l'un par l'autre, ces deux ordres de phénomènes.

6° En ramenant l'utérus à sa direction normale, les douches froides font disparaître une cause frequente de stérilité.

7° Par l'action qu'elles exercent sur l'organe de la gestation et sur l'organisme tout entier, les douches froides éloignent plusieurs causes fréquentes d'avortement.

8° Les douches froides convenablement administrées sont le meilleur remède de l'hypéresthésie utéro-vulvaire.

9° Les douches froides générales peuvent être administrées non-seulement sans danger, mais encore avec avantage, pendant l'écoulement menstruel, sur lequel elles exercent une action régulatrice.

10° En raison de l'action qu'elles exercent sur la circulation locale et générale, les douches froides sont le modificateur le plus efficace que

l'on puisse employer pour prévenir ou combattre la congestion utérine; cause si puissante et si commune des engorgements et des déplacements de la matrice. (Commissaires : MM. Roux, Rayer et Lallemand.)

Choléra. — M. Wanner communique une note dans laquelle il attribue le choléra à une régurgitation du chyle et de la lymphe provenant tous deux du canal thoracique ou de Pecquet, régurgitation qui aurait lieu dans l'intestin par l'orifice des vaisseaux chylifères. Cette régurgitation serait elle-même due à une affection des vaisseaux chylifères.

D'après ces données, M. Wanner pense que le traitement du choléra doit être institué de la manière suivante :

Contre les vomissements, usage fréquent de la glace.

Contre le dévoiement, laudanum en lavements à la dose d'un à deux gros (cette dose n'est nullement à craindre, parce que l'absorption par les chylifères ne se fait pas).

Emploi de l'ammoniaque pour exciter les fonctions respiratoires.

SÉANCE DU 19 MARS.

Sur quelques points de la théorie des mouvements du cœur. — M. Wanner envoie une communication sur les points d'appui que prend le cœur pendant la systole, ce qui augmente sa puissance de projection, et sur les oscillations des vaisseaux élastiques qui, situés à la base, empêchent cet organe de se rompre pendant la contraction des ventricules.

Dans un mémoire lu par l'auteur à l'Académie des sciences, il démontrait que le cœur est suspendu à l'extrémité de gros vaisseaux élastiques; l'artère pulmonaire, partant de la base de cet organe, se dirige vers les poumons et les maintient dans cette direction, sans cependant gêner ses mouvements. Il est encore fixé par sa base sur deux autres gros vaisseaux qui lui servent de pivots mobiles, et dont la force de vibrations ne peut être appréciée à cause de la longueur de leurs troncs qui se divisent en rameaux pour se diriger d'un côté dans toute la partie supérieure, et de l'autre dans toute la partie inférieure du corps où ils se subdivisent à l'infini en ramuscules. Ces deux vaisseaux sont la veine cave et l'aorte qui par sa courbure facilite l'étendue de ses mouvements. Il est encore fixé par les veines pulmonaires de chaque côté aux poumons, ce qui lui permet d'exécuter de haut en bas des mouvements de demi-bascule; ceci bien établi, on sait que pendant la systole la pointe du cœur vient frapper contre le thorax, que c'est également pendant ce moment que le cœur en se contractant projette le sang dans les vaisseaux artériels. En venant frapper contre la poitrine, cet organe y prend nécessairement un point d'appui, et sa force de projection doit être double. Si la puissance de contraction était concentrée dans le cœur sans pouvoir être divisée, il y aurait des ruptures, ce que l'on remarque

quelquefois dans le ramollissement du tissu de cet organe et dans l'hypertrophie. Pour parer à cet inconvénient, les vaisseaux élastiques qui sont à sa base ont donc pour fonction de diviser cette puissance par les oscillations nombreuses qu'elles subissent, oscillations qui doivent se perdre dans toute la divisibilité de ces vaisseaux.

— M. Reybard (de Lyon) adresse une note sur l'*uréthrotomie*. Cette note est extraite d'un mémoire sur le même sujet, que nous publierons prochainement.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DU 20 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Homœopathie. — M. Guéneau de Mussy lit, en son nom et au nom de MM. Andral et Chomel, un rapport officiel sur un dissentiment qui s'est élevé entre la commission administrative des hospices de Bordeaux et le docteur Léon Marchant, l'un des médecins de l'hôpital Saint-André.

Par une lettre en date du 13 octobre 1848, M. le ministre de l'instruction publique informait l'Académie que depuis un an il existe un grave dissentiment entre la commission administrative des hospices de Bordeaux et l'un des médecins de l'hôpital Saint-André. Le point sur lequel l'Académie est consultée est un simple point de fait. En 1846, une place de médecin ordinaire étant devenue vacante, M. Marchant, déjà médecin adjoint, se trouvait naturellemenl délégué comme l'un des candidats qui pouvaient prétendre à la remplir. Mais les opinions homœopathiques que professait M. Marchant faisaient que la commission administrative hésitait à le présenter ; elle crut avoir trouvé le moyen de concilier sa responsabilité vis-à-vis des malades qui lui sont confiés avec les droits acquis de M. Marchant, en soumettant la présentation de ce médecin à la condition qu'il s'engagerait par écrit à ne pas s'écarter des méthodes de traitement suivies dans les autres services de l'hôpital, et à ne faire ni directement ni indirectement aucune pratique d'après les procédés homœopathiques.

M. Marchant accepta les conditions de l'administration et se soumit à cette interdiction ; cependant la commission ne tarda pas à être avertie par la notoriété et par les rapports qu'elle recevait sur le service, que les mesures par lesquelles elle avait voulu maintenir l'unité et la régularité du service médical n'étaient pas observées, et que les malades admis dans les salles de M. Marchant étaient soumis à des traitements qui se rapprochaient singulièrement du traitement homœopathique, s'ils n'étaient l'homœopathie elle-même. M. Marchant affirmait qu'il ne faisait point d'homœopathie, parce qu'il n'employait pas des médicaments préparés

d'après les formules et suivant des procédés homœopathiques. La question fut déférée à l'autorité, qui en a appelé à son tour à l'Académie, à qui le ministre demanda son opinion sur la nature du traitement employé par M. Marchant, et sur ce que peut avoir de fondé la réclamation de la commission des hospices de Bordeaux. Des conditions ayant été proposées d'une part et acceptées de l'autre, tout se réduit à savoir si elles sont remplies en effet, c'est-à-dire quelle est la nature du traitement introduit dans le service de M. Marchant.

Par l'exposé que M. le rapporteur fait des principes de la pratique médicale de M. L. Marchant, d'après sa propre déclaration, on voit que ce médecin s'applaudit d'avoir introduit dans son service une méthode de traitement différente de la méthode ordinaire, une méthode opposée à l'allopathie, caractérisée par une simplicité extrême de thérapeutique, par la proscription systématique de toute association de médicaments, par une telle atténuation des doses des remèdes actifs, qu'on peut la regarder comme équivalant à une suppression complète. Or, dit M. le rapporteur, que peut être une telle méthode si elle n'est l'homœopathie ?

Cependant M. Marchant dit qu'il ne fait pas d'homœopathie ; qu'il ne peut pas en faire, parce que les médicaments dont il peut disposer ne sont pas préparés homœopathiquement, parce qu'ils ne sont pas *dynamisés* par les procedes mystérieux prescrits par Hanhemann. Mais M. Marchant sait bien, ajoute M. le rapporteur, qu'on peut être homœopathe sans croire à la vertu dynamisante que Hanhemann attribue à la trituration des poudres et aux secousses imprimées aux liquides.

Passant ensuite à l'examen des résultats statistiques invoqués par M. Marchant en faveur de sa méthode de traitement et des avantages qu'il lui attribue, et qui feraient une mortalité moindre, une augmentation du mouvement des malades, diminution dans la durée du séjour à l'hôpital, économie sur les médicaments, M. le rapporteur constate que ce dernier avantage est le seul réel. D'ailleurs les résultats que fait valoir M. Marchant, résultats entre lesquels il ne faut pas oublier de mettre une mortalité égale à celle des autres services, ont paru à la commission montrer ce qu'on peut attendre d'une simple expectation plutôt que fournir un argument en faveur de l'homœopathie, qui, du reste, lorsqu'elle laisse guérir le malade, ne peut être considérée que comme une méthode d'expectation.

Pour conclusion, M. le rapporteur propose, en se renfermant dans les questions posées par M. le ministre, de lui répondre : 1° que la doctrine avouée par M. Léon Marchant, et suivie par lui autant que cela lui a été possible, dans son service à l'hôpital Saint André, paraît être la doctrine homœopathique ; 2° qu'en conséquence la commission administrative des hospices de Bordeaux est fondée à trouver que l'engagement consenti

par M. Marchant, et dont elle avait fait une condition de sa présentation comme chef de service, n'a point été rempli, et à en réclamer l'exécution.

M. Rochoux demande que le mot *est* soit substitué aux mots *paraît être*.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées avec cette modification.

M. Gueneau de Mussy lit un second rapport officiel sur la demande que M. Plainchant a adressée à l'Académie, dans le but d'être autorisé à aller étudier le choléra dans les pays envahis par cette épidémie, contre laquelle il croit avoir trouvé, dans l'homœopathie, un remède assuré.

M. le rapporteur propose de répondre à M. le ministre, qui consulte l'Académie sur cette demande, qu'il n'y a pas lieu d'accorder l'autorisation demandée.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

SÉANCE DU 27 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Choléra. — M. Bally dépose sur le bureau quelques renseignements qui lui ont été communiques par M. le docteur Plouviez (de Lille) au sujet du choléra qui continue de sévir dans le département du Nord. Il en résulte que depuis le 12 février jusqu'au 23 le chiffre de la mortalité a été de 13 à l'hôpital général, 9 en ville, 4 à l'hôpital militaire.

M. Vander Hœven, professeur à l'Université de Leyde et correspondant de l'Académie, envoie les documents suivants sur le choléra.

Le choléra-morbus a régné à Leyde environ dix semaines. Le premier malade a été atteint le 1er novembre 1848, et depuis le 23 janvier il n'y en a pas eu un seul cas. Le nombre total des malades a été de 359 sur une population de 39,189 habitants. En 1832, le nombre des cas a été de 1,087.

Presque tous les malades appartiennent à la classe pauvre, mais sans distinction de sexe ni d'âge ; mais la mortalité diffère considérablement suivant l'âge. Entre 10 et 30 ans, les sept neuvièmes des malades ont guéri ; au contraire, les malades âgés de 55 ans ou au delà ont succombé dans la proportion de 11 sur 12.

Le nombre des morts a été relativement plus grand dans les cinq premières semaines que dans les cinq dernières ; c'est pendant la troisième et la quatrième qu'il y a eu le plus de malades.

La durée de la maladie a été, en général, de peu de jours ; quelquefois de huit à neuf heures.

Lorsqu'on était appelé pendant la durée des prodromes, on a cru remarquer qu'une petite saignée et les sudorifiques combinés avec les frictions et les fomentations sur la peau ont paru avoir des avantages réels ;

mais une fois la maladie bien développée, tous les moyens ont paru inutiles.

L'autopsie n'a montré presque aucune désorganisation constante. Le colon transverse était souvent rétracté et les glandes de Peyer altérées.

Absorption des substances insolubles. — M. Soubeiran lit un rapport sur un mémoire de M. Mialhe, relatif à l'absorption des substances insolubles.

M. le rapporteur expose le résultat des expériences auxquelles s'est livrée la commission, dans le but de contrôler les résultats signalés par M. Mialhe. La commission a constaté qu'en donnant à des poules, que l'on sacrifiait ensuite, des aliments mêlés avec une certaine quantité de charbon réduit en poudre impalpable, on ne trouvait pas à l'autopsie la moindre trace de charbon dans le sang : résultat contraire à ce qu'avait annoncé l'année dernière, dans une note reproduite par plusieurs journaux, M. le professeur OEsterlen. M. le rapporteur conclut que l'auteur du mémoire a rendu un service à la thérapeutique en démontrant d'une manière plus précise, ce que l'on savait, que les corps ne sont absorbés et n'agissent dans l'économie qu'à l'état de dissolution, et en montrant la fausseté des expériences de OEsterlen, qui tendraient à prouver le contraire.

Plusieurs membres, notamment M. P. Dubois, demandent le renvoi des conclusions à la commission.

M. le président : Le renvoi étant demandé, je proposerai d'adjoindre à la commission MM. Orfila, Gaultier de Claubry et Bérard.

Le renvoi est adopté.

SÉANCE DU 6 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Emploi de la poudre de charbon végétal dans les affections nerveuses de l'estomac. — M. Patissier lit, au nom d'une commission, un rapport sur un mémoire de M. Belloc, relatif à l'emploi de la poudre de charbon végétal dans les affections nerveuses de l'estomac et des intestins.

L'auteur du mémoire dit avoir reconnu une propriété thérapeutique spéciale au charbon végétal pulvérisé et préparé d'une manière particulière. Le bois dont il se sert de préférence pour faire ce charbon est le peuplier. On fait placer des branches coupées, dépouillées de leur enveloppe, dans des vases en fonte bien clos, que l'on fait chauffer jusqu'au rouge blanc ; on en extrait alors un charbon extrêmement leger et brillant sans formation de cendre, que l'on place dans des vases pleins d'eau pendant trois ou quatre jours, en ayant soin de changer l'eau plusieurs fois ; on le fait sécher, après quoi on le reduit en poudre avant qu'il soit parfaitement sec.

M. Patissier, après avoir analysé quelques observations rapportées par M. Belloc, après avoir fait connaître quelques autres faits observés par des membres de la commission elle-même, conclut que le charbon, préparé avec les précautions indiquées par M. Belloc, est un médicament précieux dans le traitement des affections nerveuses gastro-intestinales.

M. Moreau : Je demanderai à M. le rapporteur : 1° Quelle est l'espèce de peuplier dont se sert l'auteur pour faire ce charbon? 2° si l'auteur a spécifié les espèces d'affections nerveuses qu'il a traitées et auxquelles il pense que le moyen indiqué est applicable, car tout le monde sait qu'il y a des affections nerveuses de nature diverse.

M. Patissier : L'auteur n'a parlé que de névrose en général, et je n'ai pas voulu être plus explicite dans mes conclusions qu'il ne l'a été lui-même.

M. Caventou : Au point de vue chimique, il n'y a absolument aucune différence entre ce charbon et tous les charbons possibles. Pense-t on qu'il puisse y avoir des différences dans les effets thérapeutiques? Cela me paraît douteux ; il ne faudrait donc pas que l'Académie accordât trop légèrement à cette préparation une préférence exclusive.

M. Soulcirau : J'appuierai d'autant plus l'observation de M. Caventou, que j'ai eu l'occasion d'envoyer dans quelques services des hôpitaux, à défaut de pousses de peuplier, de la braise de boulanger, et que cette braise a produit les mêmes effets thérapeutiques que le charbon de M. Belloc ; on a observé cependant que la poudre de braise produisait quelques symptômes d'irritation du côté de l'estomac, ce que l'on peut attribuer avec vraisemblance aux substances salines que renfermait la poudre de braise qu'on n'avait point lavée, ainsi que le pratique M. Belloc pour son charbon de peuplier. Pour toutes ces raisons, je pense que l'Académie ne doit pas se prononcer légèrement en faveur d'une seule espèce de charbon avant d'avoir fait des essais comparatifs.

M. H. Gaultier de Claubry : Tout en reconnaissant que des propriétés différentes peuvent appartenir à des corps composés chimiquement d'une manière identique, ce dont nous connaissons plusieurs exemples, il serait possible cependant, à la rigueur, qu'il y eût quelque différence dans l'action, dépendant de la différence de densité, qui est très-grande.

M. Guibourt : Je n'insisterai pas sur les observations qui viennent d'être faites, et qui me paraissent parfaitement justes ; mais je demanderai la permission à l'Académie de dire qu'il serait à désirer que la commission actuelle et la commission nommée dans la dernière séance expérimentassent le charbon animal. On sait que les charbons diffèrent beaucoup sous le rapport de la facilité qu'il y a à les pulvériser. Or on comprend que celui qui se divise le plus soit celui qui se prête le mieux à l'absorption. Sous ce rapport, le charbon animal est infiniment pré-

férable aux charbons de bois, et surtout aux charbons de bois dur; il se pulvérise beaucoup mieux, et de plus, comme il contient environ la moitié de parties salines, solubles dans les liquides de l'estomac, il s'ensuit que l'extrême division dans laquelle il se trouve après la porphyrisation augmente encore de moitié par la dissolution des matières salines après son ingestion dans l'estomac.

M. Caventou : Je proposerai à l'Académie, en raison des doutes, qui viennent d'être soulevés par cette discussion, de surseoir à l'adoption du rapport jusqu'à ce qu'il ait été institué des expériences comparatives avec différents charbons et dans des conditions égales.

M. Patissier : Les expériences que demande M. Caventou ont été faites. Nous avons reconnu, M. Récamier et moi, que ce charbon était plus facilement digéré et mieux supporté par l'estomac que les autres.

M. Caventou : En ce cas, je retire ma proposition.

M. Soubeiran : Et moi, je la reprends, parce que la question ne me paraît pas avoir été suffisamment examinée. Le charbon de M. Belloc a-t-il d'autres propriétés que tous les charbons légers? C'est ce que je ne crois pas, et ce qu'il aurait fallu démontrer.

La proposition de M. Soubeiran, appuyée par plusieurs membres, est mise aux voix et adoptée. En consequence le rapport est renvoyé à la commission pour un nouvel examen.

Blennorrhagie uréthrale chez un malade ayant une division du canal en avant de l'angle pénoscrotal. — M. Ricord présente un malade dont il rapporte l'histoire dans les termes suivants :

Obs. — Pierre V... âgé de 24 ans, est entré à l'hôpital du Midi le 2 février 1849.

A l'âge de 7 ans, ce malade avait eu la fantaisie singulière de retenir son urine, en étranglant sa verge avec une ficelle fortement serrée autour : la ficelle avait été enlevée quelques heures après, mais la constriction avait assez duré, pour mortifier profondément les tissus, y compris l'urèthre et donner lieu à la lésion que nous allons décrire

A la réunion des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur de la verge, existe un etranglement circulaire, résultat de la constriction de l'organe; la peau présente à ce niveau une cicatrice circulaire sillonnée et profonde d'environ deux lignes. La portion de la verge antérieure à l'etranglement a atteint son développement normal : au devant de cet étranglement, l'urèthre rompu offre un orifice arrondi, nettement limité, dans lequel peut pénétrer une sonde cannelée; en arrière, la seconde partie de la solution de continuité du canal est constituée par une ouverture plus évasée, plus inégale que la précédente, à bords très-irréguliers et qui peut admettre une sonde de calibre ordinaire. Toute l'urine sort par cette dernière ouverture ; les érections sont comme dans

l'état normal. Il y a un mois, V... a contracté une blennorrhagie aiguë qui, jusqu'au jour de son admission à l'hôpital du Midi, n'a été l'objet d'aucun traitement. A son entrée à l'hôpital (le 2 février), la maladie occupe les deux portions du canal; l'écoulement, très-abondant, est jaune-verdâtre; la portion postérieure est le siége de douleurs assez vives pendant et après l'émission de l'urine; il y a pendant la nuit quelques erections incomplètes, à peine douloureuses.

Le 3 février, le malade est soumis à l'usage d'une émulsion de copahu. Pour apprécier exactement l'effet du médicament sur chaque portion de l'urèthre, M. Ricord fait obturer avec soin, à l'aide de diachylon, l'orifice qui est au devant de l'étranglement, précaution presque superflue, puisque toute l'urine sort par l'orifice postérieur; ainsi l'urine, chargée du principe médicamenteux du copahu, ne balayera que la portion supérieure de l'urèthre.

Le 6 février, l'écoulement a beaucoup diminué; il a changé de nature dans cette portion. La pression des doigts en fait suinter une goutte de muco-pus blanchâtre, suspendue dans un liquide clair et filant. Les douleurs ont cessé.

Le 8 février, l'écoulement a complétement disparu dans la partie postérieure de l'urèthre.

M. Ricord recommande alors au malade, qui continue l'usage du copahu, de faire, dans la division antérieure qui n'a subi aucune modification, une injection d'arrière en avant (par l'orifice artificiel antérieur) de toute son urine, au moment où il vient de la rendre.

Le 12 février, il y a déjà une amélioration notable; la nature de l'écoulement a changé : il est d'une coloration blanc-jaunâtre et beaucoup moins abondant.

Le 15 février, la quantité et la coloration de l'écoulement sont encore modifiées; trois quarts d'heure après l'injection, on obtient à peine, en pressant le canal, une goutte de muco-pus très-clair au méat naturel de l'urèthre.

Le 16, l'écoulement est guéri dans toute la longueur du canal.

Voici une autre observation analogue que M. Ricord a recueillie dans sa pratique privée.

M. *** était à la fois affecté d'une blennorrhagie et d'une rupture de l'urèthre qui avait produit un hypopasdias accidentel à la partie moyenne de la verge. Comme dans l'observation précédente, une forte constriction, exercée au moyen d'une ficelle, avait amené la mortification des tissus et la division consécutive du canal. C'était au même âge, à 7 ans, que le malade s'était infligé lui-même cette infirmité.

L'urine s'echappait par l'orifice artificiel; néanmoins le malade pouvait lui faire parcourir tout l'urèthre, en pressant la portion antérieure

de la verge contre la postérieure, suivant l'axe de l'organe, de manière à obturer par rapprochement la solution de continuité.

On donna le copahu à l'intérieur, et la blennorrhagie cessa en peu de jours dans la partie postérieure de l'urèthre; mais elle persistait dans la portion antérieure que ne parcourait pas l'urine.

Le traitement fut poursuivi trois jours encore dans les mêmes conditions. La guerison de la partie postérieure du canal étant alors parfaitement constatée, l'usage intérieur du copahu fut continué; mais cette fois le malade faisait passer l'urine dans tout le canal, en usant de la précaution que nous avons indiquée. A l'aide de cette manœuvre, l'urine copahifère opéra la guerison de la portion antérieure de l'urèthre, toutefois dans un temps double de celui qu'avait demandé la guérison de la portion postérieure.

« Ces observations (dit M. Ricord), comme celles dont j'ai déjà entretenu l'Academie, prouvent que l'action spécifique du cubèbe et du copahu, dans la blennorrhagie urethrale, n'est due ni à une révulsion ni à une modification du sang qui influenceraient la nutrition et la sécrétion des muqueuses en général et de la muqueuse uréthrale en particulier; car on sait que ces médicaments, pris à l'intérieur, sont sans effet marqué sur l'ophthalmie blennorrhagique, sur la balano-posthite et sur les écoulements vulvaires vaginaux et uterins, mais que la guérison de la blennorrhagie uréthrale est due à l'action directe de l'urine chargée des principes medicamenteux du cubèbe et du copahu.

« Le copahu, en traversant les reins, subit une modification, et donne à l'urine une propriété médicatrice que l'art n'a pas imitée.

« En effet, malgré l'assertion contraire de quelques thérapeutistes, les applications directes, les injections faites avec le cubèbe et le copahu, sous quelque forme pharmaceutique que ce soit, sont restées insuffisantes, quand elles n'ont pas été nuisibles : c'est ce qui est résulté des expériences des deux Cullerier, de M. Puche, de M. Lagneau et de M. Ricord lui-même.

« L'art, pour imiter la nature, doit donc chercher quelles sont les proprietés médicamenteuses que communiquent à l'urine le cubèbe et le copahu, en subissant l'action des reins. »

SÉANCE DU 13 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Méningite cérébro-spinale. — M. Boudin, médecin en chef de l'armée des Alpes, lit un travail ayant pour titre : *Études sur la nature de la maladie décrite sous le nom de méningite cérébro-spinale épidémique, et sur ses rapports avec la grande manifestation épidémique de* 1814.

Cette maladie, effrayante par son invasion soudaine et la rapidité de

sa marche, par sa gravité et son grand développement dans ces derniers temps, a surgi en 1847 dans le sud-ouest de la France. Circonscrite d'abord dans un petit nombre de localités, elle a successivement élargi le théâtre de ses ravages. Elle épargne le plateau central de la France pour multiplier ses foyers à la circonférence dans les villes de guerre et de garnison. Elle respecte les États limitrophes de nos frontières continentales, alors que d'un seul bond elle s'élance, en 1840, au delà de la Méditerranée pour inaugurer ses ravages en Algérie, et, à l'exemple du choléra, elle épargne la Corse.

Elle affecte une prédilection marquée pour les villes de garnison.

Ses coups les plus forts, elle les réserve pour une caserne, une chambrée, une famille.

Elle épargne en haut l'officier, en bas le détenu des prisons, tous deux vivant en dehors du contact incessant avec le soldat.

On n'a vu jusqu'ici qu'une simple méningite dans cette maladie (à l'exception de l'honorable M. Cayol).

De nombreuses considérations militent contre cette interprétation.

Ici l'auteur cite les autopsies entièrement négatives rapportées par M. Tourdes, puis les localisations multiples séro purulentes sur la presque totalité des sereuses, y compris les synoviales articulaires.

Il insiste sur la fréquence de la complication verminense et de la fièvre typhoïde, sur les pétéchies, les taches pourprées, violacées et même noires.

M. Boudin aborde ensuite l'idée *Épidémie*, qui à son tour ne cadre guère avec la localisation de la maladie, tantôt dans la population civile, comme à Aigues-Mortes et à Rochefort, tantôt dans la population militaire, comme dans la grande majorité de nos villes de guerre.

L'auteur insiste sur la reproduction obstinée de la maladie, ici dans certaines villes, dans certaines casernes, malgré le renouvellement des troupes ; là dans certains régiments, malgré les changements répétés de garnison.

Après ces faits grandioses et de notoriété publique, les faits partiels, *de localités*, n'ont plus qu'une importance secondaire ; citons-en néanmoins quelques-uns.

En 1841, le troisième bataillon du 62e quitte Pont Saint Esprit où règne la *méningite*, pour se rendre à Marseille, où cette maladie était jusqu'alors inconnue. Peu de temps après, les deux bataillons de guerre arrivent d'Afrique à Marseille, et fournissent leur contingent de victimes à la *maladie de Pont-Saint Esprit*.

A Avignon, on compte, parmi les victimes de l'hospice où sont traités les militaires, une sœur, une infirmière, une lingère.

A Orléans, 1847, les seules victimes etrangères à la garnison sont l'en-

fant d'une cantinière qui habite la caserne, et la maîtresse d'un soldat, enceinte de lui depuis six à sept semaines.

A Strasbourg, 1841, on compte parmi les victimes :

Deux chirurgiens ;

Cinq infirmiers ;

Un élève en médecine ;

Sept enfants de militaires ;

Enfin plusieurs ouvriers civils travaillant à l'arsenal.

A Selestadt, immédiatement après l'arrivée du 29e venant de Strasbourg, la maladie frappe l'enfant d'un cabaretier dont la maison est exclusivement fréquentée par les soldats, et les deux enfants d'un boucher qui fournit à la troupe.

M. Boudin n'admet pas que ces faits légitiment une conclusion rigoureuse actuelle ; ils lui paraissent néanmoins de nature à appeler l'attention des médecins sur l'importance des investigations étiologiques, trop négligées jusqu'ici.

La maladie est-elle nouvelle ?

Jusqu'ici la question est restée indécise.

M. Boudin rapporte l'épidémie de 1814, décrite par Comte dans le journal de M. Sedillot de 1815, comparée avec les épidémies de Dresde, de Leipsick, de Mayence, et offrant l'identité la plus complète avec la *méningite* d'aujourd'hui. Comte est le seul médecin qui ait porté ses investigations jusque dans le canal vertebral ; or toutes ses autopsies constatent, comme dans la méningite, une exsudation séro-purulente de l'arachnoïde cérebro-spinale.

Mêmes résultats dans une épidémie de la garnison de Metz en 1815, et décrite par M. Rampont.

Enfin M. Boudin relate les faits observés en 1814 à l'hôpital Saint-Louis par Biett, et sa thèse inaugurale, soutenue le 14 juillet 1814, et qui peut se résumer ainsi qu'il suit :

La maladie qui décime l'armée n'est pas un typhus, mais une méningite cérébro-spinale.

De cet ensemble de faits, M. Boudin déduit les conclusions générales suivantes :

1° La science a enregistré les faits anatomo-pathologiques constatés par le jeune chirurgien ; mais elle n'a pas sanctionné les déductions médicales qu'il en tirait relativement à la nature ainsi qu'à la dénomination nouvelle à donner à la maladie.

2° La dénomination de *méningite cérébro-spinale*, adoptée pour la désignation de la maladie, qui, depuis une douzaine d'années, a régné sur une échelle plus ou moins considérable dans un grand nombre de localités de la France et de l'Algérie, n'est en rapport ni avec l'ensem-

ble connu de la symptomatologie de cette affection ni avec la dissémination des lésions anatomo-pathologiques.

3° Il n'existe aucune différence appréciable entre la maladie dont il s'agit et celle qui a été observée en 1814 à Grenoble par MM. Comte et Billerey, à Paris par Biett, à Metz par M. Rampont.

4° Enfin la maladie qui règne depuis 1837 doit être considérée *comme une des formes* de la grande manifestation épidémique qui, dans les dernières années de l'empire, a régné en France, ainsi que dans une partie considérable de l'Europe.

Choléra de 1848-49. — M. Martin-Solon lit, au nom de la commission du choléra, l'instruction populaire suivante sur les précautions à prendre contre le choléra, sur les premiers signes de la maladie et les premiers soins à donner aux personnes qui en sont atteintes.

Le choléra ne peut plus nous apparaître comme un fléau inconnu dont le nom seul inspirerait l'effroi. Ce que nous avons vu de 1832, d'accord avec ce qui a été observé dans tous les pays qu'il a visités, nous a appris que ses ravages n'égalaient pas toujours ceux de plusieurs maladies épidémiques plus communes et moins redoutées. L'expérience que nous avons acquise par nous-même nous donne la certitude qu'il n'y a aucun danger à approcher des cholériques, à leur donner tous les soins que leur état réclame, et qu'en conséquence il faut bien se garder de fuir et d'abandonner les malades.

Nous pouvons croire aussi que, si le choléra atteint de nouveau la capitale, les travaux d'assainissement qui ont été faits depuis seize ans, l'élargissement des rues, la multiplication des bornes-fontaines et des égouts, tous ces grands moyens de salubrité, secondés par un service journalier bien réglé et bien surveillé, rendront sa propagation moins facile et ses atteintes moins graves. Mais, pour assurer à ces mesures d'hygiène publique les résultats qu'elles doivent obtenir, il faut que chaque citoyen les seconde en observant fidèlement les règles d'hygiène privée, qui ne doivent être négligées en aucun temps, mais dont l'observation doit être plus rigoureuse en temps d'épidémie.

Ces règles concernent l'habitation, les vêtements, les aliments, les occupations.

1° Le premier soin, le plus important sans contredit, doit être d'entretenir autour de soi un air pur ; l'expérience a montré que ceux qui négligeaient cette précaution en temps d'épidémie étaient les plus exposés à en être atteints ; en conséquence on évitera autant que possible de coucher en trop grand nombre dans la même pièce et de s'enfermer dans des rideaux. Dès le matin, on renouvellera l'air de la chambre en ouvrant les fenêtres, en établissant un courant dans lequel toutefois on évitera de se placer. On répétera cette opération dans la journée, plus

ou moins souvent, suivant le nombre de personnes qui habitent la pièce. On s'abstiendra d'y faire sècher du linge. On en éloignera soigneusement tout ce qui pourrait y répandre de mauvaises odeurs ou des émanations humides et mal saines. Les eaux ménagères seront emportées au fur et à mesure qu'elles seront produites, les plombs qui les reçoivent, les tuyaux qui les conduisent au dehors seront tous les jours lavés à grande eau. Toutes les parties de la maison, les escaliers, les cours seront entretenus dans une exacte propreté, les ruisseaux balayés et lavés chaque jour, afin que des eaux infectes n'y séjournent pas.

2° Le refroidissement ayant été noté comme une circonstance qui a souvent favorisé le développement du choléra, on se couvrira de vêtements chauds, et on ne les quittera pas légèrement, au premier changement de température. Le ventre et les pieds doivent surtout être protégés contre le froid, et à cette fin on a sagement reconnu l'usage des chaussures et d'une ceinture de laine.

3° La sobriété, si favorable en tout temps à l'entretien de la santé, devient en temps de choléra d'une nécessité rigoureuse. On ne peut s'en écarter sans s'exposer à payer chèrement cet écart. Ceux qui s'en sont fait une heureuse habitude et qui ont un régime qui les maintient dans un bon état de santé n'ont rien à y changer. Chacun doit s'abstenir des aliments dont il a reconnu par son expérience propre que la digestion était difficile ; ceux qui, en général, ne conviennent pas sont les viandes et les poissons salés, les viandes très-grasses, la charcuterie mal préparée, les pâtisseries lourdes, les crudités, les légumes aqueux pris en certaine quantité.

Le vin mêlé d'eau, la bière, le cidre sont des boissons convenables. Ce qui doit être redouté surtout, ce sont les excès de vin, de liqueurs fortes ; on se gardera aussi plus qu'en tout autre temps de prendre des boissons froides lorsqu'on est échauffé par le travail ou par la marche.

4° les excès dans les travaux de corps ou d'esprit ne sont pas moins à éviter que les excès d'aliments ou de boisson. Chacun doit continuer ses occupations ordinaires, mais d'une manière réglée et sans qu'il en résulte une trop grande fatigue. Les veilles, les travaux de nuit doivent être évités. Si des travaux accidentels exigeant une grande dépense de forces corporelles faisaient sentir le besoin d'un supplément d'alimentation, il vaudrait mieux faire en plus un léger repas que de charger à la fois son estomac d'une grande quantité de nourriture.

Premiers signes du choléra et premiers soins à donner à ceux qui en sont atteints. — Il est d'une extrême importance de se rendre attentif aux premières atteintes du choléra, afin de l'attaquer dès son début. L'expérience acquise en 1832 a appris que les secours étaient d'au-

tant plus efficaces qu'ils étaient administrés plus promptement et plus près du moment de l'invasion.

Rarement le choléra se déclare d'une manière soudaine ; presque toujours il est annoncé par des signes précurseurs, tels que : un sentiment subit de lassitude et de brisement dans les membres, de la pesanteur de tête, des étourdissements, de la douleur au creux de l'estomac avec oppression. Mais les plus fréquents de ces symptômes avant-coureurs sont des borborygmes ou des grouillements d'entrailles suivis de dévoiement, le plus souvent accompagné de coliques, mais quelquefois tellement exempt de toute douleur, qu'il dure plusieurs jours sans qu'on y fasse presque attention.

Ces symptômes ne sont pas inévitablement suivis du choléra, mais il suffit qu'ils puissent l'être et qu'ils le soient en effet souvent, pour que ceux qui les éprouvent s'empressent d'y remédier. On diminuera d'abord beaucoup la quantité d'aliments ; on les supprimera même tout à fait s'il y a dégoût ou défaut d'appétit. On prendra quelques infusions chaudes de camomille, de mélisse, quelques demi-tasses d'eau de riz, avec addition de gomme arabique, des quarts de lavement avec de l'eau de riz ou de l'eau blanchie par l'amidon, auquel on ajoutera 4 ou 5 gouttes de laudanum ou 2 grammes de diascordium. Ces petits lavements seront répétés plus ou moins souvent, suivant que le dévoiement sera lui-même plus ou moins fréquent. Un bain de jambe chaud avec addition de sel, de savon ou de farine de moutarde, et enfin la chaleur du lit, en excitant les fonctions de la peau, complètent la série de moyens employés contre les premiers symptômes. S'ils persistent et surtout s'ils s'aggravent, le malade, lorsqu'il ne pourra être soigné chez lui, sera conduit sans delai dans l'un des hôpitaux désignés par l'autorité. Dans le cas contraire, le médecin sera aussitôt averti. En l'attendant, des soins assidus continueront d'être donnés au malade. Les symptômes que l'on peut voir alors se développer plus ou moins rapidement sont les suivants :

Les douleurs du ventre deviennent plus aiguës et plus fréquentes ; le dévoiement prend un nouveau caractère ; les matières perdent l'odeur de matières fécales, deviennent blanchâtres comme de l'eau de riz mêlée de quelques flocons.

Des vomissements de même nature se déclarent, la soif augmente, les urines deviennent rares et même se suppriment tout à fait. Le malade ressent dans le creux de l'estomac une barre qui l'oppresse, et y détermine souvent un sentiment d'angoisse insupportable.

Des crampes douloureuses se font sentir aux membres inférieurs et quelquefois aux membres supérieurs ; en même temps tout le corps se refroidit ; la peau prend une couleur violacée.

On doit s'appliquer d'abord à réchauffer le malade ; on le couchera

dans un lit chaud et bien couvert. Des bouteilles pleines d'eau chaude ou des sachets remplis de son ou de sable bien chauffé seront placés près de lui. On frictionnera une flanelle imbibée d'eau-de-vie camphrée, pure ou mélangée à parties égales avec de l'essence de térébenthine ; on appliquera des sinapismes sur les membres, sur le ventre, sur la région de l'estomac, en observant de ne pas les laisser plus de vingt minutes en place. Si on a la facilité, on se trouvera bien de mettre le malade dans un bain chaud, où l'on aurait délayé 1 kilogramme de farine de moutarde.

En même temps on lui fera prendre, toutes les demi-heures et par demi-tasses, des infusions chaudes de mélisse, de menthe, de thé, de café, et si les boissons étaient vomies, on se contentera de donner de petits morceaux de glace plus ou moins souvent, suivant le désir du malade, ou si la glace manque, quelques gorgées d'eau froide.

On combattra les crampes par des frictions sur les mollets avec de la glace pilée renfermée dans un linge, ou avec une flanelle imbibée d'un mélange d'essence de térébenthine et de laudanum.

Ces soins seront continués sans relâche jusqu'à l'arrivée du médecin, à qui seul il appartiendra de décider s'il y a lieu d'employer des moyens plus actifs. On se gardera surtout d'accueillir sans son conseil quelqu'un de ces prétendus spécifiques qui sont vantés comme ayant produit des guérisons nombreuses, et qui, mis à l'épreuve, tromperaient les intentions de ceux qui les emploieraient, et feraient perdre un temps précieux. Si quelque remède vraiment efficace venait à être découvert, l'Académie, fidèle à sa mission, s'empresserait de le signaler en lui donnant la publicité désirable.

M. Honoré : Ce que j'ai vu depuis vendredi dernier confirme l'espoir exprimé par M. le rapporteur, et porte à penser que si l'épidémie s'étend chez nous, elle aura infiniment peu d'intensité. (M. Honoré rapporte l'histoire du malade qu'il a eu dans son service, et que nous donnons dans tous ses détails à la *Revue clinique*). J'ai vu ce matin, ajoute-t-il, trois autres cas dans la salle des femmes de M. Rostan : l'une est une femme enceinte ; la seconde une femme âgée ; la troisième était déjà dans l'hôpital : c'est une femme d'environ 34 ans, qui se trouve dans les salles depuis un an, et qui y a été affectée de plusieurs maladies, entre autres d'une fièvre typhoïde grave dont elle était à peine convalescente lorsqu'elle a été prise des symptômes du choléra. Malgré ces fâcheuses conditions, cette malade n'a point succombé, non plus que les deux autres. Toutes les trois sont dans un état d'amendement notable.

Si l'on compare ce qui se passe actuellement avec ce qui a eu lieu en 1832 au début de l'épidémie, on remarquera des différences nombreuses et importantes. En 1832, dès qu'on eut constaté les deux ou trois pre-

miers cas, le lendemain on en comptait par centaines. Depuis vendredi, il ne s'est pas présenté de nouveau cas à l'Hôtel-Dieu. Je ferai remarquer en outre avec quelle facilité la réaction s'est établie chez mon malade, ainsi que chez celles de M. Rostan. Enfin une autre circonstance importante à signaler, c'est qu'en 1832 toutes les maladies aiguës avaient cessé dès le début de l'épidémie pour faire place uniquement à des cas de choléra, tandis que, depuis quelques jours que les premiers cas se sont manifestés, nous avons reçu plusieurs malades atteints de pneumonies et d'autres affections aiguës ordinaires.

M. Rochoux : Il s'agit d'une instruction, de moyens préservatifs, et en définitive d'étiologie : c'est de l'étiologie que je veux m'occuper.

M. Martin-Solon a dit que les bouches du Gange sont le foyer du choléra. Cette assertion me paraît en opposition avec ce que M. Martin Solon a dit lui-même. Il reconnaît, et il est parfaitement établi aujourd'hui que le choléra n'est pas contagieux. Sa cause est là où il naît. Or comment comprendrait-on qu'il pût traverser les mers ? Et s'il vient par la voie de terre, quels ravages ne devrait-il pas faire dans son trajet ! D'où il faut nécessairement conclure que le foyer du cholera se trouve partout.

Maintenant, si vous me demandiez quelle est sa cause, vous ne me mettriez pas dans un grand embarras ; je vous répondrais : Je n'en sais rien. Mais cela importe peu ; ce qu'il importe surtout, c'est de ne point supposer des causes qui n'existent pas.

Autre observation. Il est évident, d'après les faits qu'on vient de vous faire connaître, que c'est là une manifestation épidémique avortée, du moins je l'espère.

M. Martin-Solon : M. Rochoux ne veut pas que le choléra soit né aux bords du Gange ; je crois que l'opinion contraire peut être parfaitement soutenue. S'il n'en était pas ainsi, on l'aurait vu naître de prime abord soit à Saint-Pétersbourg ou même à Paris, tandis que, aux deux invasions, on l'a vu éclater d'abord dans l'Inde. C'est là un fait qui ne peut pas être contesté ; il ne préjuge rien d'ailleurs par rapport à la contagion.

M. J. Cloquet rappelle qu'en 1847 comme en 1832, l'epidémie a débuté à Téhéran, ce qui lui a été confirmé en dernier lieu par les renseignements qui lui ont été communiques par son neveu. Ce n'est pas une raison d'ailleurs pour admettre la contagion. Il y a des causes occultes que nous ne connaissons pas. Ce que nous constatons, ce sont des faits. Or le fait est que l'épidémie a débuté chaque fois sur les mêmes parties du globe.

M. Moreau : Je ne puis qu'approuver les instructions rédigées par M. le rapporteur. Cependant, puisqu'il s'agissait d'une instruction populaire, je l'aurais desirée plus courte. En voici une en bouts rimés que j'ai trouvée dans un tableau du dix-septième siècle, à l'époque de la grande

épidémie de peste noire, qui n'était probablement autre que le choléra ; elle exprime en peu de mots tout ce que renferment d'essentiel les instructions de la commission. Je ne sais si j'oserai devant l'Académie.....

De toutes parts : Dites, dites.

M. Moreau : Puisqu'on m'y autorise, voici le quatrain en question :

Tiens tes pattes en chaud,
Tiens vides tes boyaux,
Ne vois pas Marguerite,
Du choléra tu seras quitte. (Hilarité prolongée).

M. Bussy : Je crois que la commission s'est tenue trop strictement aux termes d'une instruction populaire ; en répétant dans cette instruction ce qui se trouve déjà dit partout ailleurs, ce que l'autorité a mission de faire répandre partout, l'Académie ne me semble pas être à la hauteur de son rôle. Elle aurait mieux rempli sa mission, à mon avis, en envisageant la question au point de vue scientifique, et en adressant des conseils aux médecins et non au public.

M. Martin-Solon : La commission n'a prétendu faire rien de nouveau. Mais elle a pensé qu'en présence d'une épidémie qui menace la population, il était du devoir de l'Académie d'instruire le public des meilleurs moyens qu'il y a à employer pour se mettre à l'abri du fléau et pour en amoindrir les dangers ; elle a pensé aussi qu'il était du devoir de l'Académie d'indiquer le véritable caractère de l'épidémie pour rassurer la population ; elle a pensé, enfin, que les conseils et les avis donnés par l'Académie pourraient inspirer plus de confiance, et par conséquent produire plus de bien que ceux émanant de toute autre autorité.

SÉANCE DU 20 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Instruction sur le choléra — M. Gibert : A ma connaissance, sept cas de choléra asiatique bien caractérisé ont été observés à l'hôpital Saint-Louis depuis une quinzaine de jours :

Le premier, dans les salles de chirurgie, sur une femme qui a succombé rapidement ;

Le second, chez un employé demeurant à l'hôpital, et qui logeait temporairement un jeune homme convalescent à peine d'une pneumonie, lorsqu'une brusque attaque de choléra est venue l'emporter ;

Deux autres, dans le service de M. Bazin, sur deux femmes qui sont assez promptement entrées en réaction, et plus tard en convalescence ;

Enfin deux cas dans ma salle d'hommes, dont un a été mortel en moins de vingt-quatre heures.

Tous ces cas se sont développés à l'hôpital chez des individus déjà en traitement pour des affections étrangères au choléra. Le septième cas, au contraire, qui ne s'est présenté qu'hier, est une femme apportée du dehors.

Les deux malades que j'ai observés ont été pris presque en même temps, à la suite d'une journée froide et brumeuse où régnait le vent du nord..., tous deux consécutivement aux autres cas ci-dessus.

Le malade qui a succombé était un vieillard en convalescence lente d'une pleuropneumonie, à la suite de laquelle le poumon droit était engorgé. Cependant toutes les fonctions s'étaient rétablies ; cet homme se levait, mangeait, se disposait depuis assez longtemps déjà à quitter l'hôpital, où le retenait plutôt la misère que la maladie, lorsqu'il commença à vomir dans la nuit du mercredi au jeudi de la semaine dernière.

Ce convalescent ne s'était plaint la veille ni les jours précédents d'aucun dérangement dans la santé, et cependant il paraît bien qu'un peu de diarrhée, dont il n'avait rien dit, avait chez lui, comme chez le malade suivant, précédé de deux ou trois jours l'invasion des accidents cholériques.

A la visite du matin, il était froid, bleu, sans pouls ni voix, les urines supprimées, la langue froide au toucher, les yeux profondément excavés.... Il succomba dans la nuit suivante, sans avoir pu être tiré de l'état algide et cyanosé, et n'ayant guère eu que des vomissements bilieux.

L'autopsie montra la congestion sanguine générale des viscères abdominaux ordinaire en pareil cas, du sang liquide et noir en grande quantité dans le cœur, une énorme quantité de bile verdâtre très-liquide et presque aqueuse dans la vésicule biliaire, quelques ecchymoses dans l'intestin, quelques follicules isolés développés, la vessie vide et contractée, etc.

Le jeune homme pris dans la matinée de mercredi était arrivé le soir à la période de réaction, qui continuait à la visite du matin.... La convalescence n'est pourtant pas encore décidée, car il y a encore de la disposition au vomissement, de la diarrhée ; le ventre est ballonné, mais le pouls, la chaleur de la peau, les urines, sont bien rétablis. Peut-être y aurait-il lieu de craindre une terminaison typhoïde.

Au total, sur sept cas nous comptons trois décès ; mais deux au moins étaient dans des conditions défavorables.

Quant au projet d'instruction, je l'approuve entièrement. Je ne comprends pas qu'on puisse contester à l'Académie le droit de dire au peuple ce qui lui convient de faire pour se prémunir contre le choléra. Qui donc lui parlera avec plus d'autorité et de compétence ? Plus que jamais il faut s'occuper du peuple. Qu'importe que l'Académie ne dise rien de nouveau, si ce qu'elle dit est raisonnable, pratique, et sanctionné par l'expérience ?

M. Royer-Collard : Je ne partage pas tout à fait l'opinion de M. Gibert. Je comprends très-bien que les commissions, instituées auprès de tel ou

tel ministre pour donner leur avis, rédigent des instructions populaires quand elles leur sont demandées. Ce n'est pas que j'entende par là interdire à l'Académie de rédiger aussi de son côté des instructions; mais je crois que la mission de l'Académie, qui est le premier corps savant médical du monde, est d'envisager la question d'un point de vue plus élevé, de l'étudier au point de vue scientifique. Mais maintenant qu'est-ce que ce point de vue scientifique? Quand on voit une maladie qui était inconnue il y a dix-sept ans, ou qui était à peine connue par les relations des médecins anglais, qui fond sur la France et qui fait périr dix-huit mille individus, et qu'on voit cette maladie suivre aujourd'hui la même marche qu'en 1832, je crois que c'est là une occasion unique, du moins je l'espère, d'étudier cette question scientifiquement, d'étudier, par exemple, la question de la contagion, du mode de propagation de la maladie voir si le choléra de 1849 offre bien les mêmes caractères que celui de 1832, rechercher les causes de la gravité évidemment moindre de l'épidemie actuelle, montrer que ce n'est pas la misère qui produit la maladie, bruit qu'il n'est pas sans danger de répandre, mais bien les mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles se placent les individus des classes peu aisées. Voilà ce que l'Académie devrait faire, afin qu'on ne puisse pas dire qu'une montagne de médecins distingués, qu'on me passe l'expression, a accouché d'une instruction de garde-malade.

M. Martin-Solon; La commission ne s'est point dissimulé l'intérêt qu'il y aurait eu à présenter à l'Académie un travail scientifique complet sur divers points de l'histoire du choléra. La commission aurait été tout à fait disposée à entreprendre ce travail; mais pour cela il lui fallait des documents; beaucoup de ces documents sont arrivés à l'autorité, et jusqu'à present on a soigneusement empêché qu'ils ne parvinssent à l'Academie. Aussi la commission est-elle décidée à aller recueillir elle-même ces documents sur les lieux, toutes les fois que cela lui paraîtra nécessaire. Mais en attendant qu'elle soit en possession de tous les faits qui lui sont nécessaires pour étudier la question au point de vue scientifique, la commission a pensé qu'il était de son devoir de prévenir la population sur les dangers qui la menacent, et de lui indiquer les moyens de les éviter.

M. Piorry rend compte des faits de choléra qui ont été observés à la Pitié, et insiste surtout sur cette circonstance que les cas qui se sont développes dans l'hôpital ne se sont manifestés qu'après l'entrée d'un cholérique venu de dehors. Il fait observer aussi que les deux malades qui ont été atteints dans son service étaient couchés dans les lits les moins bien aéres.

Au moment où M. Piorry se dispose à décrire les lésions trouvées à

l'autopsie, un violent tumulte s'élève dans l'Académie ; plusieurs membres rappellent l'orateur à la question.

M. Piorry cherche en vain à prouver qu'il est dans la question ; il crie au président de rappeler les interrupteurs à l'ordre. M. le président agite vivement et sans interruption la sonnette afin d'empêcher M. Piorry et tous les autres membres de parler ; après une longue lutte, le calme se rétablit. M. le président engage M. Piorry à se renfermer dans la discussion du projet d'instruction, sauf à communiquer plus tard à l'Académie les faits qu'il aura pu observer.

M. Piorry : Les faits que j'ai cités tendent à prouver le mode de propagation par contagion et l'influence fâcheuse de l'encombrement ; il me semble qu'il est impossible d'être plus dans la question, puisque le commencement de l'instruction proposée par la commission nie précisément la contagion. Quant à l'encombrement, le projet d'instruction en signale les dangers, mais sans y insister assez.

M. Rochoux : Messieurs, il s'agit d'une instruction populaire sur le choléra; c'est donc elle qui doit surtout vous occuper, et une digression n'est tolérable qu'autant qu'elle peut jeter quelque lumière sur le sujet soumis à votre examen : c'est la règle dont je chercherai à ne pas m'écarter.

Nous devons, assure M. Gibert, dire ce que nous savons. Oui ; mais nous ne devons pas dire ce que nous ne savons pas, puisque nous n'avons pas la moindre connaissance des causes du choléra ; donc il nous est impossible de rien conseiller de rationnel par rapport à sa prophylaxie. En voici la preuve : Le choléra ne nous vient pas des bords du Gange, bien qu'il s'y soit montré avant de paraître chez nous. En effet, si des effluves miasmatiques étaient la cause de cette maladie, elle se serait répandue de proche en proche en rayonnant, sans laisser aucun lieu intermédiaire sain ; au lieu de cela, elle saute brusquement à de grandes distances, en laissant intactes des provinces entières. Il serait d'ailleurs impossible qu'un foyer d'infection, quelle que fût son énergie, fît sentir son action à plusieurs milliers de lieues de distance. La connaissance de la loi de la dispersion des miasmes, dont la masse et par conséquent l'action diminuent en raison directe du cube des distances, ne permet pas de penser autrement. D'un autre côté, le choléra n'est aucunement contagieux ; tous les observateurs sont d'accord à cet égard. Vous le voyez, nous ne savons rien sur la manière dont il se propage. Peut-être, cependant, faut-il faire exception au sujet des logements exposés au nord, qui, en 1852, ont donné, proportionnellement aux autres, plus de malades dans les dortoirs de Bicêtre et la caserne de Courbevoie. Puisque donc l'étiologie du choléra nous échappe depuis *a* jusqu'à *z*, je dirais, si l'on me chargeait de rédiger une instruction sur sa prophy-

laxie : Quand les causes du mal me seront connues, je dirai comment on peut s'en mettre à l'abri. Jusque-là, à la grâce de Dieu.

M. Bouvier prend la parole pour rectifier quelques erreurs de date qui ont échappé à M. Royer-Collard. Il s'étaye sur les chiffres comparatifs et les dates d'invasion de 1832 et de 1849 pour conclure que l'épidémie actuelle s'annonce comme devant être beaucoup moins intense.

M. Gaultier de Claubry : Quoique la discussion actuellement pendante soit surtout du ressort des médecins, je pense que l'Académie me permettra de prendre la parole pour lui montrer un appareil construit par les soins de l'administration, adopté par le Conseil de salubrité de la ville de Paris, qui me paraît propre à rendre des services dans les circonstances où nousnous trouvons.

Cet appareil est une sorte de réchaud en tôle, analogue à l'appareil ordinaire à fumigations, qui permet de chauffer à 40 ou même 60°, en cinq à six minutes, la couche d'air qui entoure le malade dans le lit, ou lorsqu'on soulève les couvertures avec un cerceau.

En terminant, il donne son approbation complète au projet de la commission.

M. Castel : Parmi les moyens dont la nature se sert pour guérir les maladies, il n'en est point de plus ordinaire, il n'en est point de plus efficace que les déjections ; c'est de lui seul que Sydenham espérait la guérison du choléra. Tous les autres moyens lui semblaient des accessoires. Aussi prescrit-il d'employer les sédatifs, alors seulement que les intestins auront été purgés de la matière hétérogène qui les irrite, et toutefois il aidait les déjections et ne les provoquait point ; il voulait qu'elles fussent spontanées et uniquement le produit de l'irritation dont les intestins étaient devenus le foyer. La méthode curative, dans les premières périodes de la maladie, consistait donc presque exclusivement dans l'intervention de boissons délayantes, émollientes, si vous l'aimez mieux. Mais la quantité en était énorme (neuf ponges dans l'espace de trois heures ; chaque ponge représente près de trois litres de nos mesures). De cette profusion à l'exiguë prescription d'une demi-tasse toutes les demi-heures, il y a fort loin : je me crois donc autorisé à considérer celle-ci comme insuffisante. L'usage des morceaux de glace dans la bouche et de l'amidon dans les lavements me paraît contre-indiqué ; tous les astringents, tous les stimulants internes doivent être bannis du traitement. Dans l'épidémie de 1832 j'ai suivi la méthode de Sydenham. Je lus à l'Académie l'observation du premier malade que j'avais eu à traiter et du premier succès obtenu. Je n'ai eu, dans la suite, aucun motif d'adopter une autre voie.

M. Roux voudrait qu'au lieu de discuter ainsi, d'une manière générale, on mît aux voix l'instruction de la commission.

M. Bussy : Avant de mettre aux voix les paragraphes de l'instruction, il me semble qu'il conviendrait d'abord de voter sur la forme même que l'on devra donner à cette instruction. S'adressera-t-elle simplement au peuple, ou au contraire aux médecins eux-mêmes ? Quant à moi, je suis pour cette dernière forme, et je crois qu'on doit mettre de côté le projet de la commission pour en préparer un second plus scientifique.

La proposition de M. Bussy est appuyée.

M. le président met aux voix la proposition de M. Bussy, qui est repoussée à une grande majorité.

M. J. Guérin : Il est un point sur lequel l'instruction, d'ailleurs très-bien rédigée, ne me paraît pas avoir suffisamment insisté. Ce point est l'existence d'une période prodromique du choléra. Il est maintenant bien établi que le choléra ne débute presque jamais, sinon jamais, d'une manière foudroyante, comme on le croyait et comme le croient encore beaucoup de personnes. Il est toujours précédé d'une période d'incubation, consistant le plus souvent dans une diarrhée *sui generis* désignée vulgairement sous le nom de *cholérine*, plus rarement en des troubles de l'innervation. Or, de l'aveu de tous les praticiens, il est extrêmement facile d'arrêter la maladie à cette période. Il importe donc d'inculquer cette double vérité dans l'esprit du public, et pour cela il importe de la détacher de tout ce qui n'est pas elle. C'est un précepte qui me paraît avoir la même portée que celui de la cautérisation des plaies après la morsure des animaux enragés. Je désirerais donc que l'honorable rapporteur commençât son second paragraphe relatif aux premiers soins à donner par cette déclaration, et qu'il insistât sur son importance.

Ce qui prouve, d'une part, l'importance réelle de mon observation, et, d'autre part, le peu d'attention qu'on lui a donnée jusqu'ici, c'est que les personnes qui ont observé les premiers cas du choléra actuel n'en ont pas parlé. Cependant chez tous les malades sur lesquels nous avons pu nous procurer des renseignements circonstanciés, la période d'incubation ou la cholérine avait existé pendant plusieurs jours et même, chez quelques uns, pendant plusieurs semaines. Voici un fait assez piquant qui confirmera ce qui précède. Un de nos jeunes confrères, observateur très-soigneux d'ailleurs, avait été chargé par moi de recueillir quelques-uns des cas survenus dans les hôpitaux. Ce confrère, trop jeune pour avoir vu l'épidémie de 1832, s'en était rapporté à la déclaration des malades ou des personnes qu'il avait questionnées, sur l'invasion soudaine en apparence de la maladie, et il n'avait fait aucune mention de la diarrhée prodromique. Sur mon refus de croire que les faits se fussent passés comme il le croyait, il est retourné à la source et s'est convaincu que, dans tous les cas où il avait cru à une invasion brusque, la cholérine avait préexisté pendant plusieurs jours et même, dans un cas, pendant

six semaines. Cette méprise de la part d'un homme éclairé n'est-elle pas de nature à faire croire que le fait de l'existence d'une période d'incubation du choléra est loin encore d'être vulgarisé, et son importance pratique fort loin d'être appréciée?

M. Martin Solon : La commission connaissait comme M. Guérin toute l'importance de la période prodromique. Il est vrai, ainsi que l'a dit notre honorable collègue, qu'on avait généralement méconnu ce fait en 1852 ; aussi a-t-il eu raison d'y insister comme il l'a fait. Les documents reçus récemment d'Angleterre ainsi que des départements du Nord tendent tous à confirmer cette opinion. La commission aurait donc manqué à sa mission si elle n'y avait insisté à son tour, mais elle l'a fait, à ce qu'elle croit, d'une manière convenable. M. Martin-Solon lit le passage de son rapport qui a trait à ce sujet. Il convient seulement qu'en raison de l'importance de ce point, ce passage devrait être placé en première ligne. Il fera cette modification.

M. Bégin propose qu'on lise l'instruction article par article, et qu'on vote successivement sur chacun d'eux.

L'Académie adopte cette marche.

A la lecture du premier paragraphe, M. Nacquart demande que l'instruction soit rédigée de manière à s'adresser à toute la France et non pas seulement à la population de Paris.

M. Martin-Solon : L'instruction sera modifiée dans le sens indiqué par M. Nacquart.

M. Lagneau : L'instruction défend les légumes aqueux : je crois que c'est à tort, car une grande partie de la population en France se nourrit principalement, et sans inconvénients, de légumes aqueux. Je crois donc qu'il faudrait dire que les légumes aqueux seront pris en quantité modérée, surtout lorsqu'on n'en fait pas usage habituellement.

Je dirai l'inverse pour la bière et le cidre, que la commission a jugés être des boissons saines. Je pense au contraire que le cidre surtout peut avoir des inconvénients pour les personnes qui n'en ont pas l'habitude.

Plusieurs membres voudraient que l'on supprimât le paragraphe où l'on indique les soins qu'il y a à donner aux cholériques une fois que l'attaque est confirmée.

M. Barthélemy : Je crois au contraire qu'il est indispensable de conserver ce paragraphe. Dans beaucoup de localités de la France, le médecin ne peut arriver auprès de ceux qui l'appellent qu'après plusieurs heures ; il est donc très-utile d'instruire les personnes qui entourent les malades des premiers soins qu'il convient de leur donner, après leur avoir recommandé toutefois d'appeler le médecin dans le plus bref délai possible. (Ce paragraphe est conservé.)

M. Desportes voudrait qu'on signalât spécialement l'utilité qu'il y au-

rait à désinfecter les lieux d'aisances d'après les moyens indiqués.

M. Renault : Il est avéré aujourd'hui que les chlorures dont on a fait tant de bruit ne sont absolument d'aucune utilité pour préserver des atteintes du choléra, non plus que d'autres maladies. Je voudrais qu'on n'en conseillât point l'usage dans l'instruction.

Je crois en outre devoir insister sur l'observation de M. J. Guérin, relative aux prodromes du choléra. Je ne trouve pas la rédaction de l'instruction suffisamment explicite, et en rapport avec l'observation de notre collègue.

M. Nacquart : A l'appui de ce qu'a dit M. Renault, je rappellerai que la petite ville de Chauny, où se fabriquent la plupart des chlorures qui se trouvent dans le commerce, a été décimée en 1832 par le choléra.

Je crois aussi qu'il faut faire ressortir davantage le fait de la diarrhée comme prodrome du choléra.

M. Bégin : Il faut distinguer deux modes d'emploi très-différents des chlorures, les chlorures en fumigations et les chlorures comme moyen de lavage ; et pour détruire les émanations qui peuvent se dégager de différents lieux où séjournent des matières végéto-animales, je crois que, si le premier mode d'emploi des chlorures est inutile, le second doit être conservé.

Je crois enfin qu'il est utile d'insister sur le fait des prodromes du choléra, de la diarrhée surtout.

Tous les paragraphes de l'instruction sont successivement adoptés avec les modifications demandées par MM. Lagneau, Renault, Bégin et Desportes.

Éléphantiasis anesthésique (*Lèpre des colonies*). — M. Gibert présente un exemple remarquable de cette forme lépreuse, dont les médecins anglais et les auteurs norvégiens d'un traité récent et complet de la lèpre ont voulu faire une espèce particulière d'éléphantiasis.

Le sujet présenté par M. Gibert, entré depuis peu dans les salles de l'hôpital Saint-Louis, est un homme qui a habité longtemps la Guadeloupe, où il a contracté sa maladie.

Des taches très-remarquables existent aux jambes, les unes noirâtres et comme fuligineuses (les auteurs hébreux comparaient ces taches à une *ombre*), les autres d'un rouge obscur et éteint, un peu brunâtre, comme des traces de brûlure, toutes insensibles à la piqûre d'une épingle, tandis que la peau voisine conserve toute sa sensibilité.

Ce sont ces taches que Schilling regarde comme le point de départ des *tubercules* lepreux, mais que M. Gibert croit aussi pouvoir succéder à la résolution de ces tubercules, qu'Hippocrate a désignées sous le nom de *melas* (par opposition aux taches blanches dites *alphos* ou *leuce*) et que les Arabes ont indiquées sous le nom de *morphée*.

Le sujet offre en outre une tuméfaction des éminences sourcilières, des pommettes et des ailes du nez, qui rappellent la physionomie spéciale des lépreux, et qui, d'après les renseignements fournis par le malade, sembleraient le reste d'indurations tuberculeuses résolues.

M. Gibert va traiter ce malade au moyen de l'*assacou* qui a été envoyé du Brésil à l'Académie par les soins de l'autorité administrative.

REVUE ANALYTIQUE

DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

Journaux allemands, anglais, italiens, etc.

19. *Sur l'emploi du bichlorure de mercure dans l'hypertrophie et l'induration du col de l'utérus ;* par M. Oldham.

(Guy's Hospital Reports.)

Les données sur lesquelles se fonde l'auteur paraîtraient indubitablement sans valeur et mériteraient de passer inaperçues si elles étaient formulées à titre de proposition, et dépourvues de fondement clinique. Mais elles ont une tout autre signification à nos yeux, lorsqu'elles émanent d'un médecin aussi expérimenté que M. Oldham, et qu'elles ont été confirmées, comme il le dit, par l'observation de plusieurs centaines de cas de ce genre.

L'induration chronique de l'utérus comprend trois espèces. Elle peut être : 1° une affection primitive du corps de l'organe ; 2° causée par une irritation de l'ovaire ; 3° occasionnée par des désordres du tube digestif. Dans ce dernier cas, elle s'accompagne généralement d'une élimination plus ou moins considérable d'acide lithique et souvent de tumeurs hémorrhoïdales.

Quel qu'ait été le point de départ de l'affection, il est un de ses effets sur lequel il importe de ne pas se méprendre. L'engorgement de l'utérus est ordinairement suivi de sa déviation soit en avant, soit en arrière, soit sur les côtés. Ce déplacement devient la source de tant d'incommodités que parfois il absorbe toute l'attention des praticiens, qui lui attribuent alors tout les symptômes, tandis qu'il n'est lui-même qu'une suite de la maladie principale. Il arrive cependant que l'utérus, quoique hypertrophié, occupe quelquefois sa position naturelle. Mais chez les femmes qui ont eu des enfants, on voit presque toujours le vagin et les ligaments ralâchés n'offrir plus qu'une résistance

insuffisante, et la descente ou une obliquité quelconque se produire à un degré plus ou moins marqué.

N'exagérons pas toutefois l'étendue de cette remarque, et gardons-nous de prendre pour déviation morbide telle obliquité légère qui s'observe, dans un sens ou dans l'autre, chez la plupart des femmes. Il en est effectivement bien peu dont l'axe de l'utérus soit avec l'axe du bassin dans le rapport rigoureux que les livres assignent. La direction peut varier et varie selon une foule de conditions, suivant l'attitude prise au moment de l'examen, la largeur de la ceinture osseuse, etc., sans qu'on soit autorisé à considérer comme pathologique ce léger changement qui n'est que temporaire.

Le plus souvent l'utérus qui se déplace a son fond dirigé en arrière ; c'est la *rétroversion*, que l'hypertrophie produit ordinairement. Mais on ne la voit presque jamais portée à un point tel que le diamètre longitudinal de l'organe se trouve horizontal. Je suppose, dit M. Oldham, que les dessins où l'on a représenté un pareil état sont plutôt des caricatures que la reproduction exacte de ce qui a été vu ou touché. Dans les cas qu'il a observés le plus communément, le fond, incliné vers le sacrum, se penchait autant en arrière qu'il le fait, normalement, en avant.

L'auteur indique pour la réduction ou le redressement de l'utérus ainsi déplacé un procédé fort simple. Le chirurgien introduit d'abord le doigt aussi profondément que possible derrière le col, vers le promontoire, puis s'en sert en pressant obliquement en haut et en avant ; cela fait, il le reporte en avant contre la lèvre postérieure sur laquelle il appuie dans un sens mixte en bas et en arrière, comme s'il voulait faire du col un levier pour ramener le fond de l'organe en avant. Cette manœuvre a presque toujours réussi à l'auteur, excepté lorsque l'utérus, retenu par des adhérences, avait perdu sa mobilité.

Outre les symptômes locaux, qui dépendent directement de la lésion utérine, M. Oldham en mentionne avec raison une classe toute particulière. Ce sont les désordres sympathiques, si souvent méconnus ou pris pour des altérations essentielles distinctes. L'hystérie, les névralgies, l'aliénation mentale même, les troubles des fonctions digestives compliquent et dominent en effet les phénomènes génitaux au point de les obscurcir ou de se substituer à eux aux yeux du médecin qui ne serait pas prévenu de cette cause d'erreur.

Les trois principales indications que comprend le traitement sont : 1° de réduire le volume de l'utérus; 2° de rendre la

force aux tissus qui ont été affaiblis ; de rétablir la santé générale en remédiant aux désordres sympathiquement développés. On comprend aisément que la première est de beaucoup la plus importante, et qu'il doit, dans beaucoup de cas, suffire de la remplir pour ramener le calme.

L'auteur recommande les sangsues dans le fond du vagin, et les vésicatoires sur le sacrum et aux aines pour combattre les douleurs qui se manifestent dans ces régions. Mais l'agent auquel il accorde le plus de confiance, celui pour la propagation duquel ce Mémoire a été principalement écrit, c'est le bichlorure de mercure administré à l'intérieur. Il donne à ce composé la préférence sur les préparations différentes du même métal, en raison de la facilité avec laquelle il peut s'associer aux autres médicaments. Les mercuriaux donnés à petites doses et d'une manière continue n'agissent pas en produisant la salivation, mais ils diminuent par une sorte d'action spécifique le volume de la matrice hypertrophiée.

En voyant l'état de langueur et de débilité si commun aux femmes qui souffrent de cette maladie, on pourrait craindre qu'un remède aussi actif n'augmentât leur faiblesse. Mais si on a soin de le combiner avec quelques toniques végétaux, ou avec les ferrugineux, on en obtient un effet fortifiant, son pouvoir pour déterminer la résolution de l'hypertrophie utérine demeurant cependant intact. C'est alors un médicament extrêmement facile à manier, et qui ne provoque la salivation qu'à doses très-élevées ou chez des sujets extrêmement susceptibles d'éprouver cet accident.

M. Oldham l'emploie depuis deux ou trois ans, tant à l'hôpital que dans sa pratique privée, et le bien très-réel qu'il a réalisé grâce à lui, joint à la considération de son peu de danger, l'a conduit à lui attribuer une grande valeur. La réduction de la matrice indurée est généralement lente, et le temps nécessaire pour l'obtenir varie extrêmement dans les différents cas. Six ou huit semaines suffisent quelquefois. Ce dernier terme n'a pas eu besoin d'être dépassé chez une femme récemment admise à l'hôpital, dont la matrice volumineuse et dans une rétroversion prononcée a été guérie par le mercure. D'autres fois, la médication doit être continuée beaucoup plus longtemps.

Si les intestins sont dans un état torpide, on ajoutera de temps à autre un peu de teinture de rhubarbe.

Quant aux moyens propres à combattre directement le déplacement ou la déviation, M. Oldham préfère une ceinture ventrale bien confectionnée à toute espèce de pessaires.

20. *Observations d'hystérocèle* ; par M. Bell.

(Monthly journal of medical science.)

La hernie de l'utérus, quelque rares qu'en soient les exemples bien constatés, peut être divisée en trois espèces. En effet, elle s'opère tantôt par le canal inguinal, tantôt par l'ouverture crurale, tantôt enfin à travers une déchirure de la paroi abdominale. Les deux cas que M. Bell a observés se rapportent à cette dernière catégorie.

Obs. I. — Le 2 juin 1843, M. Bell fut appelé à voir madame P., qui était accouchée, huit jours auparavant, de son cinquième enfant. Il la trouva très-épuisée, le pouls petit et faible. En examinant l'abdomen, où elle accusait des douleurs intenses, il vit l'utérus sortant à travers une rupture de la ligne blanche qui s'étendait depuis le pubis jusqu'au voisinage de l'appendice xyphoïde. Une anse d'intestin était aussi engagée dans la même ouverture ; mais on la replaça aisément. La réduction de l'utérus s'accomplit avec plus de peine. On voulut la maintenir au moyen de compresses et d'un bandage ; mais il fallut y renoncer, à cause de l'aggravation de douleur que la pression déterminait.

La malade mourut au bout de deux jours. C'était une personne de constitution frêle et relâchée. Il est à peu près certain que la hernie n'existait pas avant sa dernière couche. L'autopsie ne put être faite.

Obs. II. — M. Cell donna des soins, le 5 mai 1846, à madame M. pendant son quatrième accouchement. A cinq heures du matin, après un travail modérément fatigant de seize heures de durée, elle mit au jour une petite fille. Aussitôt le cordon coupé et l'enfant confiée à sa nourrice, il appliqua, selon sa coutume, la main sur l'abdomen, et trouva, à son grand étonnement, la partie antérieure et supérieure de l'utérus sortant à travers une fente qui comprenait toute la longueur de la ligne blanche, du sternum au pubis. L'utérus paraissait si volumineux et si dur, qu'on ne put douter qu'il ne contînt un second fœtus.

Effectivement le toucher vaginal fit découvrir les membranes d'un autre enfant, et après les avoir rompues, on reconnut que celui-ci se présentait les fesses tournées vers l'abdomen de la mère. On réduisit l'utérus dans la cavité abdominale, et on l'assujettit fortement dans cette situation avec les deux mains jusqu'à ce que l'enfant (un garçon) fût né, ce qui arriva une demi-heure environ après l'expulsion du premier. Les placentas réunis suivirent immédiatement ; l'utérus se contracta et descendit

dans l'hypogastre. On appliqua une compresse de chaque côté de la déchirure longitudinale, puis un bandage pour la réunir.

Il n'y eut qu'une légère attaque de péritonite, que le traitement ordinaire suffit à dompter.

Trois mois après, l'auteur examina attentivement l'abdomen ; mais, dit-il, je ne pus découvrir aucune trace de la rupture.

Un cas semblable à ceux-ci est rapporté par J.-L. Petit, et se trouve consigné dans l'ouvrage de Boivin et Dugès.

Chez sa dernière malade, l'auteur fait remarquer que la personne étant de petite taille et l'utérus trés-rempli par la présence de deux enfants, il est facile de comprendre que les parois abdominales ont été distendues jusqu'aux dernières limites, et que la ligne blanche, moins extensible en raison de sa texture fibreuse, a dû céder la première. Du reste, la rupture eut lieu sans que rien l'annonçât aux assitants. L'accouchée se plaignit bien, il est vrai, d'une douleur brûlante dans l'abdomen et d'une sensation de défaillance, immédiatement avant la naissance du premier enfant ; mais comme à ce moment-là les parties extérieures étaient comprimées par le passage de la tête, on attribua à cette dernière cause le redoublement de ses plaintes, et l'on n'y fit alors aucune attention.

---

21. *Abcès aigu du foie ; ouverture par la lancette ; guérison ;* par le docteur WILLIAM M'LEAN.

(Monthly journal of medical science.)

L'observation rapportée par M. Lean est intéressante sous plus d'un rapport : elle l'est d'abord, et surtout, en ce qu'elle offre un exemple bien formel d'un abcès du foie terminé par guérison. On sait que ces exemples-là ne sont pas fort communs. Si l'on voulait voir, dans les indurations fibreuses qu'on rencontre à la surface du foie, autant de signes d'abcès cicatrisés, cette dernière terminaison ne serait pas rare; mais quand on songe que de semblables indurations se rencontrent chez des sujets qui n'ont jamais éprouvé de symptômes aigus du côté du foie, et combien il est rare de voir de ses propres yeux un abcès manifeste du foie se terminer par la guérison, il est impossible de se ranger à une telle opinion, soutenue néanmoins par des auteurs recommandables, et la fréquence même de ces indurations dépose contre la signification qu'on a voulu leur attribuer. Ici pas le moindre doute sur ce fait, et il est d'autant plus à noter, que le sujet n'avait pas moins de 80 ans. Cet homme éprouva d'abord des frissons alternant avec de la chaleur et une sueur profuse ; en même temps une douleur obtuse se fit sentir

dans l'hypochondre droit, s'irradiant jusque dans l'épaule du même côté. La région hépatique était tuméfiée et douloureuse. Ces symptômes augmentèrent, malgré l'emploi de deux saignées, l'application de vingt sangsues et d'un vésicatoire *loco dolenti*, l'administration de poudres purgatives. Au bout de huit à dix jours de maladie, la tuméfaction était considérable à la région hépatique, et la fluctuation était évidente. Une lancette à abcès fut plongée sur la tumeur; il en sortit quatre soucoupes de pus bien lié, *coloré par la bile*. Une mèche fut introduite dans la plaie, et l'on pansa avec un cataplasme. La nuit suivante, il sortit encore une grande quantité de matière, et quand, le lendemain matin, on enleva la mèche, la plaie donna encore autant de pus mêlé de bile qu'immédiatement après l'incision. Le pouls était fréquent et déprimé. On prescrivit un peu de quinine, du vin et du bouillon. A partir de ce jour, l'écoulement purulent diminua peu à peu, et les symptômes généraux s'amoindrirent. On entretint les selles par l'emploi de pilules de coloquinte, et au bout de trois semaines, toute suppuration avait cessé. La convalescence ne tarda pas à être complète.

Il n'est pas douteux, d'après ces quelques détails, et en remarquant surtout le peu de temps qu'il a fallu au pus pour se présenter sous la peau, que l'abcès n'ait été, dès le début, superficiel. En outre, on a vu qu'il a suivi une marche tout à fait aiguë. Ces deux circonstances ont sans doute contribué beaucoup à l'heureuse issue d'une si grave maladie, en abrégeant sa durée et en permettant au pus de se frayer une issue à travers quelque organe interne, comme l'estomac ou le poumon. Le caractère aigu et franchement inflammatoire de l'abcès est sans doute la condition à laquelle il faut attribuer l'innocuité d'une mèche dans la plaie. En thèse générale, nous pensons qu'on devrait préférer l'ouverture sous cutanée. Cette méthode aurait d'ailleurs ici un autre avantage que celui de prévenir l'introduction de l'air dans le foyer. En offrant au pus un conduit de décharge dans une direction déclive, elle l'exposerait moins à tomber dans la cavité du péritoine, au cas où le foyer ne serait pas parfaitement circonscrit par des adhérences. L'observation ne dit pas quelles précautions on a prises pour s'assurer, autant que possible, de l'existence de ces adhérences avant de se décider à une ouverture par l'instrument tranchant.

Nous ferons encore une remarque au sujet de cette observation : c'est qu'il n'y est en aucune façon question d'ictère. L'ictère a manqué, en effet, dans la plupart des cas connus d'abcès hépatiques. Si, comme le pense M. Haspel (*Mémoires de méde-*

cine, de chirurgie et de pharmacie militaires, t. LV), l'ictère, quand il existe, dépend surtout de la compression des canaux hépatiques par le liquide purulent, ce symptôme doit manquer spécialement dans les cas où l'abcès était situé superficiellement, peut se développer facilement du côté des parois abdominales, comme c'était le cas chez le malade de M. M'Lean.

---

22. *Sur le traitement du varicocèle par la compression*; par M. Ramsay Thomson.

(Monthly journal of medical science.)

L'auteur déclare d'abord que ce mode de traitement est à peine connu des chirurgiens : il avoue même qu'au premier coup d'œil il doit passer à leurs yeux pour être plutôt dangereux qu'utile, puisqu'il semble aller directement contre le but qu'on doit se proposer pour la cure des varices. Cependant après avoir montré les périls (1) auxquels exposent les opérations récemment imaginées pour la cure radicale, il espère pouvoir dissiper les préventions défavorables que l'induction conduit à entretenir contre sa proposition. Nous suivrons, dans cet exposé, la même marche que lui, et nous commencerons par raconter le fait qui lui a ouvert les yeux sur l'efficacité de ce traitement, nous réservant d'analyser ensuite les explications qu'il donne du résultat obtenu.

Obs. — Un homme vint consulter M. Thomson pour un varicocèle du côté droit, datant de vingt-deux ans, qui avait autrefois été pris pour une hernie et traité comme tel. Un plexus de veines dilatées entourait entièrement le corps du testicule et s'étendait jusqu'au canal inguinal. — Outre le tiraillement et la pesanteur des lombes, effet ordinaire de la maladie, cet homme en avait le moral affecté à un degré extraordinaire.

Il avait déjà remarqué que ses douleurs diminuaient quand il prenait la précaution de serrer son pantalon de manière à comprimer les veines non-seulement du scrotum, mais aussi du canal inguinal.

Lorsqu'il vint consulter M. Thomson, celui-ci, se rappelant une indication semblable formulée par M. Curling, conseilla au malade de porter un bandage élastique dont la pelote, maintenue par un sous-cuisse, pressait sur toute l'étendue des veines dilatées.

Depuis dix mois qu'il a commencé ce traitement, les veines ne se tuméfient plus, quoiqu'il se livre aux plus violents efforts.

(1) M. Syme, dit l'auteur, a vu succomber un homme aux suites de l'opération ; mais il ne spécifie pas par quel procédé elle avait été faite.

Pendant tout ce laps de temps, il est resté parfaitement exempt de toutes les incommodités, suite ordinaire de cet état morbide. Il est maintenant libre, en apparence, d'infirmité, et les deux testicules ont leur volume normal.

Si les chirurgiens sont détournés d'employer ce mode de traitement, cela tient peut-être à ce qu'ils s'imaginent que, pour réussir, la pression doit être portée au point d'amener l'oblitération des veines malades. Mais il n'en est point ainsi. Il suffit seulement d'une pression ferme et égale qui n'obstrue pas le calibre des vaisseaux, mais apporte à leurs parois affaiblies un soutien capable d'épargner à la partie du tronc vasculaire qui est inférieure le poids de la colonne sanguine supérieure. L'agent compressif est donc ici destiné à suppléer dans leur office les valvules, auxquelles la distension du vaisseau ne permet plus de fonctionner. Et lorsqu'ensuite le tube a recouvré ses dimensions primitives, alors les valvules reprennent leurs attributions, qui sont de résister à la pression hydrostatique.

Pour produire un effet avantageux sans intercepter la circulation dans le testicule, il s'agit donc de rencontrer justement le degré de force convenable à employer, ce qui est le point délicat de ce traitement.

Dans un appendice spécial, M. Thomson montre par des chiffres la fréquence extrême du varicocèle, ainsi que la gravité des incommodités qui en résultent. Ainsi, en consultant le nombre des cas d'exemption du service militaire prononcés parmi les recrues de toute la Grande Bretagne pour cette cause, on trouve que ;

En 1844, sur 17,540 examinés, 424 ont été rejetés comme atteints de varicocèle.

En 1845, sur 13, 570 examinés, 264 ont été rejetés pour la même cause.

Dans les inspections passées à Édimbourg, de 1817 à 1822, sur 4,469 examinés, 140 varicocèles ont été refusés.

Dans celles passées à Glasgow, de 1817 à 1825, sur 5,755, on en dut refuser 98.

Total général : sur 41,184 conscrits, 926 ont été reconnus comme assez fortement affectés de varicocèle pour être dispensés du service.

Dans les deux dernières catégories, on a tenu compte du côté affecté, et l'on a trouvé que,

De 238 sujets (qui en forment le total), 9 portaient le varicocèle à droite, 221 à gauche, et 8 des deux côtés.

— Malgré les encourageantes promesses de l'auteur, nous

n'osons qu'à peine joindre nos recommandations à ses conseils. Si l'on veut une pression qui facilite la circulation, il ne suffit pas, comme le croit M. Thomson, de déterminer *le degré* de force à lui donner; il faut surtout l'exercer sur *toute la longueur* des vaisseaux sur lesquels on se propose d'agir. Or cette condition nous paraît, au scrotum, très-difficile, sinon impossible à remplir, et ce n'est pas du moins un mécanisme analogue aux bandages herniaires qui nous paraîtrait le plus propre à réaliser l'indication.

---

23. *Plaie de poitrine, pénétrant dans le ventricule droit du cœur* ; par M. Traill.

(Monthly journal of medical science.)

Les circonstances anatomiques de cette blessure signalent un singulier mécanisme dans l'action du corps vulnérant, qu'il ne sera pas sans intérêt de placer sous les yeux du lecteur, afin de le mettre en garde contre la méprise où il pourrait aisément tomber, en présence d'un cas semblable.

Obs. — Le vendredi 20 septembre 1848, dit l'auteur, je fus appelé auprès d'un jeune homme de 19 ans. Une heure auparavant, après avoir mangé des fruits en abondance et bu du rhum, il avait reçu d'une servante qui se débattait contre lui un coup de ciseaux fraîchement aiguisés, dans la poitrine. La plaie saigna copieusement ; les assistants effrayés l'inondèrent d'eau froide jusqu'à ce que l'hémorrhagie se fût arrêtée.

A mon arrivée, il était couché, pâle ; sa contenance exprimait l'anxiété; pouls faible; respiration facile, vomissements de matières végétales fermentées. Il disait n'éprouver que peu de douleur. Je trouvai, du côté gauche de la poitrine, une plaie par piqûre, commençant au bord inférieur de la troisième côte, environ à un pouce et demi du sternum, et pénétrant obliquement en bas et en avant, à la profondeur de 2 pouces et demi ; un stylet introduit dans ce trajet touchait la quatrième côte, puis passait le sternum, de manière qu'on pouvait le sentir sous les téguments jusqu'à la ligne médiane.

L'examen fut répété avec une sonde mousse; il donna le même résultat. Ne trouvant d'ailleurs, à la percussion comme à l'auscultation, aucun signe d'épanchement ou d'autre désordre des organes pulmonaires, j'en conclus que la plaie n'avait pas pénétré. Dans le cours du traitement, l'exploration du trajet fut encore faite par M. W. Traill (frère de l'auteur), et par le docteur Bruce. Il leur parut à tous les deux n'être que superficiel.

J'attribuai l'état général du blessé à la perte de sang, à l'in-

digestion et au froid résultant de l'eau projetée sur sa poitrine. Je lui donnai en conséquence un peu de thé avec quelques doses d'ammoniaque. Au bout de deux heures, il se trouva beaucoup mieux.

La matinée suivante, il dit avoir un peu dormi ; pouls à 110, assez plein, mais compressible et régulier ; moins d'anxiété. Il se plaint d'une douleur au centre de la poitrine, qui est aggravée par une forte inspiration. Je fis une saignée, mais la syncope qui survint m'empêcha de tirer plus de 6 ou 7 onces de sang. Il s'en trouva cependant bien soulagé. Il fut aussi purgé. Ce jour-là, il quitta plusieurs fois le lit et se promena dans la chambre.

Dans la soirée, son état devint plus grave ; je le trouvai délirant, s'agitant continuellement dans le lit et demandant qu'on lui ôtat le poids qu'il disait sentir sur la poitrine prêt à le faire mourir. Oppression, pouls faible, vif, et, pour la première fois, irrégulier. Anxiété, pâleur. J'essayai de nouveau de le saigner ; mais il tomba en défaillance dès qu'il eut perdu 5 onces de sang.

Les symptômes ne firent qu'augmenter pendant la nuit, et il mourut le vendredi soir, cinquante-deux heures après avoir reçu le coup. Pendant les dernières heures, une teinte rouge érythémateuse envahit le pourtour de la plaie, et aussi les piqûres de la saignée.

(M. Taill ajoute, après l'observation, que le malade fut saigné cinq fois, et qu'il en éprouva toujours quelque soulagement.)

Autopsie faite quinze heures après la mort.

En introduisant avec force le petit doigt dans la blessure, il touche le cartilage de la quatrième côte qui a été divisé en partie ; puis il passe sans difficulté dans la cavité de la poitrine et se trouve là en contact avec un sac contenant évidemment un fluide.

Par la dissection, nous constatâmes que la plaie avait commencé au bord inférieur de la troisième côte, à un pouce et demi du sternum ; de là se dirigeant obliquement en bas et en dedans, elle était entrée dans la poitrine, vers le bord supérieur de la quatrième côte, près de son extrémité sternale. Elle avait alors passé à travers le médiastin antérieur, sans ouvrir le sac pleural, entré dans le péricarde par sa surface antérieure, et de là directement dans le ventricule droit du cœur.

Le péricarde contenait de 8 à 10 onces de sang noirâtre, coagulé en partie, et constituait ce sac que l'on avait senti en passant le doigt dans la blessure. Point d'épanchement dans les cavités pleurales. Le cœur était vide et semblait d'un petit volume, décoloré, mais sain d'ailleurs. Aucune trace d'altération

inflammatoire, ni dans le cœur, ni dans la plèvre, ni dans les poumons. On voyait à la surface interne du ventricule un petit coagulum de fibrine, du volume environ d'un pois et de forme sphérique, adhérant à l'orifice de la plaie de manière à la fermer en apparence.

La plaie du cœur était située vers le tiers moyen ou le milieu du ventricule, tout à fait près de sa jonction avec la paroi du ventricule gauche ; elle avait à l'extérieur moins d'un quart de pouce de longueur, et à l'intérieur un huitième de pouce. Elle divisait les fibres musculaires dans une direction presque transversale. La plaie du péricarde était aussi d'un quart de pouce.

La plaie des parois thoraciques était beaucoup plus longue que celle de la peau, de sorte que la première admettait aisément le doigt à travers les muscles intercostaux, sans qu'on exerçât aucune dilatation sur cette partie du trajet, où était comprise une division du cartilage costal. Ce cartilage avait subi une solution de continuité très oblique, évidemment produite par un instrument tranchant ; son bord interne était constitué par une très-mince languette.

Les ciseaux, agent de la blessure, étaient forts et épais, avec les deux lames égales et épaisses du dos, mais bien pointues.

Nous demeurâmes quelque temps, ajoute l'auteur, sans pouvoir nous rendre compte de la manière dont s'étaient produites ces deux plaies, l'une extérieure, l'autre pénétrant à travers la paroi thoracique. Mais il nous parut enfin que sans doute les ciseaux, s'enfonçant d'abord fermés, avaient pu s'ouvrir au moment où leur pointe rencontra le bord supérieur de la quatrième côte. Alors l'une des branches glissa sous les téguments, y déterminant la solution de continuité qu'on reconnut seule durant la vie ; l'autre pénétra dans la poitrine et alla perforer le ventricule.

— Les choses ont sans doute pu se passer ainsi qu'il vient de l'être expliqué. Il nous semble cependant que, s'il y avait réellement eu deux plaies, leur existence aurait été mentionnée dans la relation de l'autopsie. Or nulle part dans le texte (que nous avons fidèlement reproduit ci-dessus), il n'est question de la plaie sous-cutanée. Cette sorte de contradiction involontaire entre le récit de l'auteur et ses conclusions doit-elle porter à penser que son ingénieuse version repose sur une erreur de diagnostic, et ne pourrait-on point supposer que le stylet qu'il a cru, sur le vivant, introduire dans une solution de continuité, n'a fait en réalité que glisser entre des parties saines et intactes ?... Nous laissons, bien entendu, la question indécise ; car, pour notre propre compte, malgré les doutes que nous avons dû

exprimer, nous inclinerions de préférence à admettre l'interprétation, d'ailleurs fort rationnelle, de M. Traill.

---

24. *Note sur une mixture de comphre et de chloroforme* ; par MM. T. et H. Smith, pharmaciens.

(Monthly journal of medical science.)

MM. T. et H. Smith viennent de découvrir un moyen précieux d'administrer le camphre dans un état parfait de solution, et même de solution concentrée ; il consiste à l'unir au chloroforme, suivant cette formule : camphre solide, 3 *drachmes*; chloroforme, 1 *drachme*. La solution a lieu très-rapidement et très-complétement. C'est un fait vraiment curieux et qui n'a peut-être pas son analogue en chimie que la petite proportion du liquide dissolvant par rapport à celle du solide dissous. L'addition d'une certaine quantité d'eau émulsionnée avec un jaune d'œuf bien frais ne donne lieu à aucune séparation de particules camphrées ou de chloroforme. Si l'on ajoute à cette émulsion quantité suffisante pour obtenir une mixture de 4 onces, chaque cuiller à thé de la mixture contient environ 5 grains et demi de camphre.

Les auteurs ont mis la nouvelle mixture camphrée en contact avec plusieurs préparations pharmaceutiques pour voir si elles n'y amèneraient pas quelque décomposition. Ils en indiquent déjà un certain nombre, en présence desquelles le camphre s'est maintenu à l'état de solution parfaite ; ce sont : une solution saline composée de sel commun et de phosphate de soude ou de carbonate alcalin, une solution de muriate de morphine et de sulfate de zinc, l'alcali volatil, les acides liquides, une faible solution d'acide acétique ou muriatique. En présence de l'eau seule, la mixture laisse au bout de peu de jours déposer du camphre, mais qui se redissout promptement par une légère agitation.

---

25. *Sur une particularité de l'humérus et de l'artère humérale* ; par M. Struthers.

(Monthly journal of medical science.)

On ne cite que bien peu d'exemples de sujets chez lesquels l'artère humérale et le nerf median, au lieu de gagner le devant du pli du bras, continuent à descendre vers le condyle interne, et passent là à travers une ouverture particulière, osseuse ou fibro-osseuse, que leur offre l'humérus. Cette disposition s'est présentée si souvent à l'auteur dans ses dernières dissections, qu'il a été conduit par là à appeler l'attention des médecins sur une anomalie, intéressante soit par elle-même, soit à cause de

son analogie avec la structure naturelle de quelques animaux. En effet, on la rencontre chez les quadrumanes, les rongeurs, les édentés, et plus spécialement les carnivores.

Tiedemann en rapporte un exemple dans sa quinzième planche ; mais, dans son cas, ce n'était qu'une volumineuse branche interosseuse qui passait par le trou, et non le principal tronc artériel du membre. MM. Knox et Quain ont également constaté cette déviation.

M. Struthers l'a observée sept fois dans l'espace de quatre années sur des cadavres qu'il disséquait lui-même, ou qu'il faisait disséquer par des élèves. Chez tous, le nerf et l'artère, avant leur division, passaient par l'ouverture indiquée, excepté sur le bras droit du dernier sujet, où l'artère suivait son trajet ordinaire, le nerf médian enfilant seul l'ouverture de concert avec une petite branche artérielle musculaire qui représentait, pour l'origine et la grosseur, la collatérale profonde.

Le plus ordinairement l'arcade est ostéo-fibreuse, et la partie osseuse naît à une distance d'un pouce et quart à deux pouces un quart du condyle interne, et plus près du bord antérieur de l'humérus que de l'interne. Cette apophyse n'a jamais excédé trois quarts de pouce de longueur ; elle donne attache par son extrémité au ligament qui s'étend dans la même direction, et complète l'ouverture en s'attachant au condyle.

L'auteur pense que, lorsque l'anomalie existe d'un côté, on la rencontre aussi de l'autre, sauf quelques différences dans la longueur de l'apophyse. Du reste, il a trouvé cette même différence de dimension entre les deux côtés, en disséquant des animaux où la disposition est générale. Chez eux, on voit aussi quelquefois le nerf seul passer, d'un côté, sous l'arcade, et de l'autre, le nerf et l'artère y être contenus.

Les résultats de ses dissections conduisirent M. Struthers à penser que peut-être cette irrégularité, plus fréquente qu'on ne le croit, a parfois été méconnue ; il fit en conséquence des recherches à cet égard dans le musée du collége royal des chirurgiens à Édimbourg, et en trouva là en effet quatre nouveaux exemples, deux desquels existaient d'un seul côté, sur le bras gauche.

Comme la saillie que forme l'apophyse peut facilement être sentie sur le vivant à travers la peau, le chirurgien qui aurait une opération à pratiquer sur cette région ne devra jamais négliger de l'explorer auparavant, dans le but de découvrir si une semblable disposition existe.

26. *De l'anatomie pathologique des reins*; par le docteur GAIRDNER.

(Monthly journal of medical science.)

Les recherches de M. Gairdner sur l'anatomie pathologique des reins sont presque exclusivement microscopiques. Il faudrait entrer dans de bien longs détails pour en décrire toutes les minutieuses particularités, et encore serait il difficile de le faire d'une façon intelligible, ne pouvant reproduire ici les figures dont le texte est accompagné. Nous nous contenterons d'indiquer les résultats généraux et essentiels auxquels l'auteur dit être arrivé.

Le premier, c'est que la plus grande partie des altérations des reins sont le produit, ou sont au moins accompagnées d'une exsudation de granules oléo-albumineux dans l'intérieur des tubes et des cellules épithéliales. Cette exsudation est probablement précédée, dans un grand nombre de cas, de congestion vasculaire. Cette congestion peut être quelquefois constatée directement par l'inspection cadavérique; mais quand la quantité de granules est considérable, c'est au contraire une déplétion plus ou moins complète du système vasculaire qu'on observe.

L'exsudation oléo-albumineuse effecte deux formes principales : l'une consiste dans une infiltration des tubes de tout l'organe, et l'autre dans un certain nombre d'infiltrations partielles. La reste des tubes demeurant libre ou à peu près, c'est ce dernier mode qui constitue plus spécialement la maladie de Bright.

Du reste, il n'existe aucune différence entre l'exsudation résultant d'un travail morbide chronique et celle qui est produite par l'inflammation.

Un autre résultet indiqué par M. Gairdner, c'est que les vaisseaux capillaires des reins sont sujets à une oblitération spontanée, qui n'est accompagnée, du moins au début, d'aucune altération visible des tubes, et qui donne lieu à une affection particulière, appelée par l'auteur *dégénération cireuse*. Il croit que cette oblitération vasculaire est toujours précédée de congestion sanguine. Dans les cas de ce genre, on observe un épaississement et une dilatation variqueuse des tubes dans toute l'étendue de l'organe.

Enfin, suivant M. Gairdner, les tubes des reins peuvent revenir sur eux-mêmes et s'oblitérer par suite de la desquamation de leur épithélium, et il en résulte l'atrophie et la complète désorganisation du tissu. Cette desquamation se présente dans

beaucoup de conditions morbides, et quand elle se continue longtemps ou est très-étendue, le retrait des tubes en est toujours la conséquence, qu'il y ait ou non exsudation albumineuse.

Sur les moyens de constater ces différentes particularités, l'auteur donne les indications suivantes.

Les premiers produits du travail d'exsudation ne peuvent être aperçus qu'à l'aide du microscope. Au contraire, le developpement de la dégénération cireuse est plus facilement suivi à l'œil nu. Quant à la desquamation de l'épithélium, le microscope seul permet de la saisir avec certitude, et elle échappera souvent à l'attention, si l'on examine seulement le tissu du rein et non l'urine. En somme, pour juger sainement de l'état anatomique du rein, il faut avoir examiné l'urine pendant la vie, et inspecter le rein tour à tour avec le microscope et à l'œil nu.

MÉLANGES.

27. *Société de biologie.—Compte rendu des séances pendant le mois de janvier* 1849 ; par le docteur Lebert.

(Gazette médicale de Paris, N° 6 ; 1849.)

Au mois de mai dernier, plusieurs médecins et naturalistes se sont réunis pour former une société dans le but d'étudier, avec des vues d'ensemble et par les voies de l'observation et de l'expérimentation, les phénomènes qui se rattachent à la science de la vie, à la biologie, tant normale que pathologique.

Pénétrés de l'importance qu'aurait pour l'avenir de cette Société le choix de son président, tous les membres fondateurs furent bientôt d'accord de faire l'offre de ce titre à M. Rayer, qui a bien voulu nous faire l'honneur de l'accepter. M. Rayer a pris dès lors une part si active aux travaux et à la direction de la Société, et a témoigné une bienveillance si parfaite à tous ses membres, que c'est pour nous un devoir bien doux de lui en exprimer ici nos sentiments de vive et profonde gratitude.

Le bureau a été constitué de la manière suivante : MM. Claude Bernard et Robin ont été nommés vice-présidents ; MM. Follin et Lebert, auxquels on associa plus tard MM. Brown-Sequars et Segond, ont été chargés des fonctions de secrétaires ; M. Huette a été désigné comme trésorier et archiviste de la Société de biologie. Les séances se tiennent tous les samedis, à trois heures, à l'École pratique, dans le grand amphithéâtre de M. Robin.

Les travaux des premiers six mois paraîtront plus tard. Nous allons rendre compte des travaux du mois qui vient de s'écouler.

Nous diviserons ce travail en deux parties : dans la première, nous analyserons les communications faites sur divers sujets de pathologie et d'anatomie morbide ; dans la seconde, nous passerons en revue celles qui sont du domaine de l'anatomie, de la physiologie et des sciences natureiles en général.

PREMIÈRE PARTIE. — *Pathologie et anatomie pathologique.*

Poils dans les urines. — 1° M. Rayer présente, dans la séance du 27 janvier, les urines d'un enfant qui lui a été amené par M. le docteur Paulin. Cet enfant rend, depuis quelque temps déjà, des poils par les urines. Après s'être convaincu qu'il ne s'agissait pas, dans ce cas, d'une maladie simulée, il a soumis ces productions à l'examen microscopique, qui a été répété pendant la séance, par plusieurs membres de la Société. Le microscope démontre que ces poils sont couverts, dans bien des endroits, de groupes de cristaux d'acide urique. M. Rayer promet de communiquer à la Société, dans une des prochaines séances, le résumé des principales observations qui sont éparses dans la science sur la pili-mixtion vraie ou simulée.

Formation de la caduque. — 2° M. Cazeaux a présenté, dans la séance du 13 janvier, un œuf humain âgé de 10 semaines environ, rendu par avortement ; les membranes étaient intactes, mais l'embryon, mort probablement déjà depuis plusieurs semaines, était presque méconnaissable. La cavité de la membrane caduque est à peu près intacte. M. Cazeaux, tout en déclarant qu'il est disposé à admettre la nouvelle théorie, d'après laquelle la caduque ne serait qu'une transformation de la membrane muqueuse utérine, reconnaît cependant que cette théorie laisse encore plusieurs faits à expliquer. De ce nombre est, par exemple, celui de la cavité, souvent parfaitement close, de la caduque. Dans la discussion qui s'engage à cette occasion, et à laquelle MM. Giraldès, Blot, Depaul, Robin et Follin prennent part, on insiste surtout sur la différence qui existe entre les œufs normaux et les œufs pathologiques, expulsés par avortement et souvent déjà malades depuis quelque temps. C'est ainsi que les ouvertures au niveau des trompes, que M. Blot est toujours parvenu à démontrer dans les œufs normaux par sa méthode ingénieuse de l'insufflation par les trompes, peuvent s'oblitérer par des produits d'exsudation et par des adhérences anormales. L'existence des glandes utriculaires dans la caduque paraît à MM. Robin et

Follin une preuve irrécusable de la justesse de la théorie de Coste, de Bischoff, de Weber et de Sharpey. M. Depaul déclare que cette opinion ne lui paraît pas encore fondée sur des preuves irrécusables, et qu'il ne peut par conséquent pas l'adopter.

Dans la séance du 6 janvier, M. Cazeaux a lu une analyse critique des travaux d'obstétrique récemment publiés, et ce résumé important sera reproduit en entier dans les publications de la Société.

Tumeurs fibreuses. — 3° M. Follin montre, dans la séance du 27 janvier, deux tumeurs fibreuses, dont l'une offre surtout un grand intérêt, à cause de la rareté du fait. La première avait son siége dans le calcanéum ; elle existait chez une femme de 70 ans, depuis trois années environ. La partie postérieure du pied a grossi peu à peu. Avant l'opération, on sentait à sa surface des plaques dures, de consistance osseuse, alternant avec des masses plus molles. La malade éprouvait peu de douleurs pendant le repos ; la marche et la station étaient douloureuses ; la peau, au niveau de la tumeur, est normale. M. Velpeau pratique l'amputation sus-malléolaire. L'examen de la pièce montre tout le calcanéum transformé en une masse blanche, nacrée, dure, craquant sous le scalpel, d'aspect fibreux, avec quelques épanchements sanguins dans l'épaisseur du tissu. Cette masse est parfaitement limitée à toute l'étendue du calcanéum. Au niveau des articulations du calcanéum avec les os voisins, on trouve les cartillages articulaires du calcanéum unis à ceux qui leur correspondent par de fausses membranes vasculaires. L'examen micoscopique n'a démontré, dans cette tumeur, que les éléments ordinaires des tumeurs fibreuses.

La seconde tumeur était située à la région interne du genou, et avait le volume d'une tête d'enfant d'un an ; elle était très-peu mobile, peu douloureuse, et existait depuis deux ans environ chez un homme de 40 ans, d'une bonne constitution. Cette tumeur a été enlevée par la dissection d'un lambeau demi-circulaire ; un prolongement de cette grosseur reposait sur l'artère poplitée. L'examen de la pièce montre qu'elle renferme au centre une cavité irrégulière, remplie d'une sérosité citrine, filante, à parois couvertes de franges fibro-albumineuses. Le tissu de la grosseur est celui des tumeurs fibreuses.

4° M. Lebert communique, à la suite de la présentation de cette pièce, le fait, rare dans la science, de tumeurs fibreuses multiples disséminées sur toute la surface du corps, siégeant dans le tissu cellulaire sous-cutané. Une de ces tumeurs a été enlevée par M. Lenoir ; l'examen anatomique et microscopique y

démontre, à n'en pas douter, tous les caractères des tumeurs fibreuses.

Le malade, actuellement encore à l'hôpital Necker, est âgé de 66 ans. L'état général de sa santé ne laisse rien à désirer. La tumeur enlevée avait eu son siége sous la peau à la partie antérieure et supérieure de la cuisse gauche. Sa première apparition remonte à plus de trente ans; c'est depuis douze ans surtout que plusieurs centaines de ces tumeurs ont successivement paru dans le tissu cellulaire sous-cutané de la tête, du cou du tronc, des membres; les plus petites ont le volume d'une lentille; la plus volumineuse, située près du coude gauche, dépasse celui du poing. La peau, au niveau des tumeurs, n'est point enflammée; elle est plutôt trop lâche au-dessus de quelques-unes. Le malade n'a jamais ressenti ni douleurs ni aucun malaise quelconque par suite de ces productions accidentelles multiples. Les dessins qui se rapportent à cette observation, recueillie avec détails, seront plus tard mis sous les yeux de la Société; l'analyse chimique, faite en commun avec M. le docteur F. Verdeil, lui sera également communiquée.

Albuminurie passagère. — 5° M. Bouchut a lu, dans la séance du 20 janvier, l'observation d'un cas d'albuminurie passagère, et produite sous l'influence d'une congestion sanguine passive. Ce malade était atteint d'une affection organique du cœur, dans le cours de laquelle était survenue une infiltration séreuse de toute la surface du corps, qui était d'une couleur généralement rougeâtre et vivement congestionnée. C'est dans ces circonstances que la présence de l'albumine a été constatée dans les urines. Une saignée de 300 grammes dissipa les signes de cette hypérémie générale, et depuis sa disparition, les urines cessent d'être albumineuses.

A cette occasion, M. Blot appelle l'attention de la Société sur le fait de la production d'une albuminurie passagère qui survient quelquefois pendant le travail de l'accouchement, sous l'influence de la gêne de la circulation, et qui disparaît bientôt d'elle-même. M. Gubler a observé plusieurs fois le fait, déjà signalé par M. Rayer, que l'oblitération des veines rénales pouvait produire l'albuminurie. M. Lebert insiste sur l'utilité d'associer, dans l'étude de cette affection, l'examen microscopique à l'examen par les réactions chimiques. Il sera de cette façon facile d'apprécier si l'albumine existe dans les urines à l'état amorphe, ou si elle est fournie en partie par les globules du sang ou par ceux du pus.

Présence du sucre dans les matières vomies par un diabétique.

—6° M. Bernard, dans la séance du 13 janvier, fait voir les matières vomies par un diabétique qui, n'ayant mangé que de la viande, a néanmoins rendu du sucre dans les matières vomies. La présence du glucose est démontrée devant la Société par le procédé si simple et à la fois si sûr de M. Bernard, qui consiste à chauffer dans un tube ce liquide mêlé avec une solution de tartrate de potasse et de cuivre ; dès que ce mélange entre en ébullition, le sel de cuivre est immédiatement réduit. C'est par ce même procédé que l'auteur est parvenu à démontrer la présence du sucre, dans ces matières vomies, par le fait que lui a déjà démontré antérieurement l'expérimentation, que le sucre gastrique peut renfermer en général toutes les substances contenues dans le sang. M. Lebert a préparé avec ce liquide, après y avoir ajouté du chlorure de sodium, le glucosate de sel marin pour étudier ce produit sous le rapport de la potarisation. Le résultat a été négatif.

Ostéophytes. — 7° M. Blot met sous les yeux de la Société, dans la séance du 6 janvier, une série dé crânes de femmes mortes en couches, sur lesquels il fait voir tous les degrés de la production osseuse accidentelle, connue sous le nom d'ostéophyte. On sait que la science possède déjà sur ce genre de production de fort beaux travaux, parmi lesquels il faut placer au premier rang ceux de Rokitansky et de Ducrest. M. Follin a observé, avec M. Cl. Bernard, des ostéophytes semblables à ceux du crâne, dans l'intérieur du bassin, chez des femmes mortes en couches.

M. Blot montre, dans la séance du 20 janvier, le foie d'un enfant qui n'a pu être mis au monde qu'après la perforation du crâne. Ce foie est le siége d'un épanchement sanguin abondant entre la capsule de Glison et la surface de l'organe.

Maladie simulée.—8° M. Gubler communique, dans la séance du 13 janvier, le fait d'une maladie simulée par une personne qui prétendait rendre par le nez des corps étrangers qui, examinés de plus près, n'étaient autre chose que des tissus animaux, probablement des vaisseaux sanguins, enroulés et introduits dans les narines pour être ensuite expulsés. Parmi les diverses preuves les plus importantes, nous citerons : 1° le dégagement ammoniacal, produit par la chaleur, qui dénote la nature animale de ces corps, et 2° l'existence de valvules dans leur intérieur ; de plus, les parois, examinées au microscope, avaient tout à fait la structure des tuniques vasculaires.

Fausses membranes du croup.—9° M. Guillemin montre, dans la séance du 20 janvier, les pièces d'un cas de croup, dans lequel les fausses membranes occupaient les amygdales, le larynx

et les bronches d'un seul poumon, tandis que ceux de l'autre poumon ne paraissaient pas malades. Les fausses membranes étaient généralement molles et pultacées. Ce fait offrait encore cela de curieux, que les plis arythéno-épiglottiques étaient libres de toute exsudation, laquelle existait pourtant au-dessus et au-dessous.

Structure des glandes utérines. — 10° M. Robin donne, dans la séance du 20 janvier, des détails sur la structure des glandes utérines d'une femme morte dix-huit jours après les couches, et dont les pièces lui avaient été communiquées par M. Blot, avec lequel il a fait cet examen. M. Robin communique de plus, dans la même séance, le résultat de ses études microscopiques faites sur le contenu de la vessie d'un chien, auquel M. Hervé avait injecté une solution concentrée de nitrate d'argent dans la vessie. La cautérisation avait produit de nombreuses papilles noirâtres; la muqueuse était enflammée, et renfermait beaucoup de globules purulents et pyoïdes. M. Robin insiste, à cette occasion, sur la différence du pus selon les parties qui l'ont fourni.

11° M. Laboulbène présente, dans la même séance, le cerveau d'un mulâtre qui a succombé dans le service de M. Rayer. La substance de cet organe présente une teinte jaunâtre particulière, que l'on ne rencontre point dans le cerveau du blanc.

12° M. Guibout met sous les yeux de la Société, dans la séance du 13 janvier, une tumeur kysteuse et hémorrhagique énorme de l'ovaire.

13° M. Desir montre, dans la séance du 20 janvier, quelques préparations de gravier prostatique.

14° M. Taillet présente, dans la séance du 27 janvier, une pièce fort curieuse d'oblitération du tronc basilaire, provenant du service de M. Rayer.

La matière oblitérante examinée par M. Lebert se compose de grumeaux de fibrine, de globules granuleux, probablement les globules blancs du sang infiltrés de granules graisseux, et d'une quantité notable de cholestérine.

15° M. Raile offre à la Société, dans la séance du 27 janvier, sa thèse sur les affections du cerveau dans les maladies générales, et communique une analyse des principaux points sur lesquels il a fait des recherches.

SECONDE PARTIE. — *Anatomie, physiologie et histoire naturelle.*

Système nerveux des lamproies. — 1° M. Robin communique, dans la séance du 6 janvier, le résumé de ses recherches sur le système nerveux des lamproies (petromyzon marinus). Après

avoir insisté sur la nécessité de ne faire servir l'anatomie qu'à la physiologie comparée et humaine, il se résume dans les conclusions suivantes :

1° Chez les lamproies, on ne trouve que les 1re, 2e, 3e, 4e, 5e, 8e et 9e paires ; les 6e et 7e paires manquent complétement.

2° La glande pituitaire est volumineuse, en forme de pyramide creuse à parois minces. C'est un peu derrière cette glande que s'insère la 3e paire.

3° La glande pinéale est allongée et volumineuse.

4° Les tubercules optiques sont volumineux, arrondis et creux. Derrière eux s'insère la 4e paire.

Mécanisme de la voix de tête.—5° Le quatrième ventricule est très-grand, et le cervelet étant très-petit, réduit à une petite lame, laisse le quatrième ventricule complétement découvert en haut ; mais il est formé néanmoins par un organe particulier, décrit sous le nom de *tegmen vasculosum* par Bojanus, chez la *tortue d'Europe* et autres reptiles ; il existe aussi chez la lamproie ; il est très-developpé, très-vasculaire, régulièrement plissé à sa face interne.

6° La 5e paire naît à l'extrémité antérieure de la moelle épinière ; la portion motrice naît du faisceau antérieur. La racine postérieure est logée dans un sillon sur les côtés du quatrième ventricule, et son origine réelle n'a lieu qu'à 1 ou 2 centimètres plus en arrière.

7° Le nerf auditif naît un peu plus bas, sur les côtés de la moelle épinière ; un renflement existe, à son niveau, dans le quatrième ventricule.

M. Robin a de plus montré, dans la séance du 27 janvier, l'organe électrique d'un gymnote, et il promet de donner prochainement des détails sur sa structure intime. Le grand volume de cet organe le rend facile à étudier.

2° M. Second a exposé, dans la séance du 6 janvier, le résumé de ses recherches sur la voix de tête. Il a été frappé par la proportion relative des replis inférieurs et supérieurs de la glotte chez les animaux qui ont deux rubans vocaux. Cuvier et Carus, en examinant le larynx de certains singes et de la plupart des carnassiers, n'ont pu s'empêcher d'attribuer à la glotte supérieure une part capitale dans les phénomènes vocaux. M. Segond, en pénétrant dans l'intervalle crico-thyroïdien, sur un chat domestique, a fait la section des replis inférieurs de la glotte et a vu la voix se reproduire lorsque l'ouverture de l'opération a été guérie.

M. Segond espère pouvoir démontrer que, chez les animaux

qui ont deux registres de sons, il y a deux instruments, seule manière d'expliquer les phénomènes appartenant à ces deux registres, que chez l'homme, par conséquent, la glotte inférieure est l'organe de la voix de poitrine, et la glotte supérieure l'organe de la voix de tête.

Action toxique de l'atropine. — Sur le tournoiement. — 3° M. Cl. Bernard a rendu compte, dans la séance du 20 janvier, de ses expériences sur l'atropine. On a prétendu que cette substance vénéneuse agissait sur les chiens et non sur les lapins. Mais cette différence n'a lieu que lorsqu'on administre aux uns et aux autres le poison par la bouche, car il est très-facile de mettre les chiens à jeun, tandis qu'il est beaucoup plus difficile de rencontrer l'estomac vide chez les lapins. Il vaut donc bien mieux recourir à l'injection dans les veines pour obtenir toute l'action de l'atropine ; il est nécessaire en outre qu'elle soit bien dissoute. En employant cette précaution, 5 centigr. d'atropine ont simplement narcotisé un chien, tandis qu'un lapin a été tué par cette même dose, ce qui n'a rien de surprenant, vu qu'il a une quantité de sang moins considérable que le chien.

Dans la séance du 27 janvier, M. Cl. Bernard a communiqué le résultat de ses expériences sur le tournoiement. Il commence par exposer la divergence des résultats obtenus par les divers auteurs ; les uns prétendent que la piqûre du pédoncule fait tourner du même côté, tandis que d'après d'autres expérimentateurs le même mouvement aurait lieu du côté opposé. M. Bernard a trouvé que lorsqu'on piquait chez un animal (chien, chat, lapin) le pont de Varole au devant de l'origine de la 5e paire, on produisait le tournoiement du côté opposé, tandis qu'il avait lieu du même côté si la piqûre était faite en arrière. D'après ce fait, il est probable qu'il existe au devant de l'origine du trifacial quelques entre-croisements des fibres.

M. Bernard profite de cette occasion pour rapporter un autre fait propre au système nerveux, c'est la consistance des mouvements de resserrement dans l'action réflexe chez les grenouilles lorsqu'on agit sur les racines postérieures, tandis qu'un mouvement d'extension a lieu au contraire lorsqu'on agit sur les racines motrices. Un cas qui a quelque rapport avec ce phénomène s'est présenté dans les salles de M. Rayer. Ce malade, qui, lorsqu'on le pinçait, contractait les membres supérieurs et inférieurs paralysés, a offert à l'autopsie une altération des faisceaux postérieurs de la moelle par suite d'un dépôt crétacé ; on aurait plutôt cru trouver l'altération dans les faisceaux antérieurs. Des faits pareils semblent venir à l'appui de la thèse défendue déjà en

1809 et de nouveau en 1848 par M. Walker, d'après lequel le siége des mouvements serait dans les racines postérieures et celui du sentiment dans les antérieures. Sans adopter cette opinion paradoxale, il est de fait cependant que le mouvement peut être détruit dans les cas pathologiques, par l'altération des parties sensitives, et qu'il y a une telle liaison entre les deux ordres de phénomènes, qu'il faut que l'une soit intacte pour que l'autre le soit aussi.

M. Brown-Sequart attaque cette liaison si intime d'après ses expériences et d'après des cas pathologiques. Quant au tournoiement, il a vu que la section du pédoncule en dedans des trijumeaux produisait des mouvements du même côté, tandis que la section en dehors les provoquait du côté opposé. Une piqûre superficielle des tubercules quadrijumeaux le produit aussi du même côté ; mais si on enfonce l'instrument plus profondément, il se produit du côté opposé. Quant aux mouvements excités par l'action réflexe, ils sont plutôt sous l'influence de cette loi si curieuse de l'appropriation au but, d'après laquelle une grenouille porte les pattes vers le point pincé. Il a observé des phénomènes analogues sur un malade au Val-de-Grâce.

M. Bernard dit qu'on peut facilement prendre l'abolition incomplète de la sensibilité pour sa cessation complète, et dans ces cas, cette liaison entre le mouvement et le sentiment n'existerait pas. Il a observé une malade dont la peau était insensible ; mais lorsqu'on enfonçait des épingles plus profondément, la malade manifestait des douleurs. Elle eut une angine qui non-seulement fut douloureuse par elle-même, mais qui la fit souffrir par les sangsues appliquées au cou, et dont les piqûres lui occasionnèrent de vives douleurs. Quant au mouvement d'appropriation, il est sous l'influence d'autres phénomènes, M. Brown-Sequart promettant de faire sur ces questions une communication ultérieure, la discussion sur ce sujet ne continue pas.

Action de la lumière lunaire sur la pupille. — 4° M. Brown-Sequart communique, dans la séance du 13 janvier, le résultat suivant d'une expérience qu'il a répétée un grand nombre de fois depuis plus d'un an. Il a trouvé que la lumière réfléchie par la lune, bien qu'étant trois cent mille fois moins intense, au moins, que celle venant directement du soleil, peut faire contracter l'iris de l'homme et des mammifères.

Diverses anomalies d'œufs de poule.—5° M. Rayer met successivement, dans les séances du 20 et du 27 janvier, des œufs de poule sous les yeux de la Société. Le premier est un œuf de poule *hardé* ou sans coque. Il fait observer que quelquefois ces

œufs manquent de vitellus. Une des causes de l'absence de la coque est une trop faible quantité de sels calcaires dans la nourriture. M. Paris (*Transact. of the Linnean Society*, t. X, p. 311) rapporte qu'une poule, atteinte d'une fracture, produisait des œufs sans coque. Vauquelin a trouvé moins de chaux dans les œufs de poule pendant la ponte. Suivant M. Roulin (*Ann. des sc. nat.*, t. XIX, p. 282), l'ergot de maïs doit exciter les poules à pondre des œufs sans coque. L'œuf mis sous les yeux de la Société montre à chaque extrémité un prolongement en forme de cordon, ressemblant aux chalazes.

La seconde anomalie est celle de deux œufs de poule inclus dans la même coquille ; il provient d'une poule qui a déjà pondu plusieurs fois des œufs à deux jaunes. Il pèse 108 grammes; un œufordinaire pèse 64 grammes. Dans un cas semblabfe, les deux jaunes étaient contigus et unis par deux petits prolongements, semblables aux chalazes.

A cette occasion, M. Rayer rappelle qu'en analysant les observations déjà nombreuses d'œufs inclus dans un autre œuf chez les oiseaux, elles paraissent pouvoir être rapportées à quatre groupes principaux : 1° une seule coquille avec un seul albumen autour des deux jaunes contigus, comme dans le cas actuel ; 2° un œuf complet contenant dans son albumen un autre petit œuf complet (coquille, albumen, vitellus) ; 3° un œuf incomplet sans vitellus, renfermant un petit œuf complet ; 4° un œuf complet renfermant un petit œuf incomplet sans vitellus.

M. Bernard connaît un cas où une poule avait pondu des œufs à deux jaunes qui furent couvés et fournirent neuf jumeaux, ainsi dix huit poulets, bien conformés ; un seul œuf avait manqué.

M. Lebert insiste sur la différence qui existe entre le développement gemellaire et la monstruosité dans laquelle deux embryons de poules sont réunis ensemble. Il a observé un cas de ce genre sur un œuf de poule incubé depuis six jours. Les deux embryons étaient réunis par la partie antérieure de la poitrine. L'œuf n'offrait, du reste, rien d'extraordinaire et n avait eu qu'un seul jaune ; en sorte que les deux embryons s'étaient développés dans la même cicatricule.

6° M. Montagne rend compte, dans la séance du 23 janvier, de ses recherches sur les plantes parasites qui croissent sur les fruits de l'olivier ; il y a toujours une espèce d'algues du genre *fusarium*.

7° M. Laboulbène montre, dans la même séance, plusieurs espèces de mouches parasites qui se sont développées dans les diverses parties du fruit de l'olivier.

Sur divers effets de la trombe de Montville.—8° M. Martens expose à la Société, dans la séance du 20 janvier, le résumé de ses observations sur la trombe de Montville, Il montre plusieurs fragments d'arbres brisés par cette trombe ; ils offrent, à leur extrémité brisée, un pinceau d'esquilles et de lamelles qui les font aisément distinguer de la brisure par un coup de vent. Ce clivage des arbres est accompagné, d'après M. Martens, de la dessiccation de la séve et de la torsion du tronc par suite de la très-forte décharge électrique qui accompagnait la trombe. Les melèzes, ainsi que les arbres résineux en général, n'ont point été clivés. Beaucoup de personnes ont été assez grièvement blessées ; mais rien, dans leurs blessures, ne dénotait l'action spéciale de l'électricité.

---

28. *Observations sur l'emploi du chloroforme dans la chirurgie dentaire.*

(Journal de médecine et de chirurgie pratiques, janvier 1849.)

M. Francis Bradie-Imlach a lu devant la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg un Mémoire qui ne paraîtra pas dénué d'intérêt. L'auteur s'est proposé, dans ce travail, de préciser le parti que l'on peut tirer du chloroforme dans la chirurgie dentaire. Les moyens anesthésiques ont été employés par lui sur trois cents sujets, et comme il n'en a jamais observé le plus léger inconvénient, ce chirurgien a voulu en signaler les avantages à ses confrères.

M. Imlach a toujours fait usage d'un chloroforme préparé avec soin, et il préfère à tous les appareils, plus ou moins ingénieux préconisés en Angleterre, le mouchoir de poche imbibé de chloroforme, dont M. le professeur Simpson a le premier recommandé l'usage. Ce moyen, d'une application si facile, remplit parfaitement le but pour lequel il est employé.

Quelques dentistes ont l'habitude de placer deux ou trois couches de coton ou ouate dans les plis du mouchoir de poche, afin d'empêcher la trop rapide évaporation du chloroforme et de diriger ses vapeurs sur un seul point. C'est, en effet, un moyen de dépenser une très-petite quantité de chloroforme ; mais si le malade n'est pas parfaitement calme, il en ressent plus difficilement les effets, parce qu'il respire sur une trop petite surface, et l'opérateur, trouvant que l'insensibilité arrive trop lentement, est porté à rapprocher le mouchoir de plus en plus du nez et de la bouche de manière à les clore, et alors les résultats obtenus ne sont nullement satisfaisants, non qu'ils soient produits par le chloroforme lui-même, mais parce que le patient, éprouvant

ainsi une grande suffocation, s'agite, renverse sa tête en arrière et se débat pour pouvoir aspirer l'air dont il est ainsi privé. Chez quelques sujets nerveux, il suffit d'appuyer le mouchoir de poche sur la bouche dans la première période de la chloroformisation pour réveiller aussitôt la sensibilité et déterminer une grande agitation. On doit éviter de toucher les malades pendant cette période et attendre avec soin que l'insensibilité soit déclarée. Voici, du reste, la manière de procéder constamment suivie par M. Imlach et qui lui a réussi dans tous les cas :

1° Je place, dit-il, le malade dans une position commode, la tête étant appuyée sur un objet résistant. Je l'engage en même temps à fermer les yeux pour éviter l'irritation que pourraient produire les vapeurs de chloroforme, ou la distraction, ou l'éclat de la lumière. J'évite avec soin tout bruit autour du malade, et c'est le moyen de prévenir les diverses hallucinations qui peuvent saisir le malade, la vue des flammes et le vertige.

2° Quelle dose convient-il d'employer ? Je suis toujours dans l'usage de répandre sur le mouchoir de poche une grande quantité de chloroforme et de l'étendre sur une surface plus grande que celle qui doit s'appliquer sur le nez et la bouche. Je n'en mesure pas la dose, mais je suppose que j'en emploie au moins trois ou quatre gros. Dans le fait, il faut que la surface du mouchoir en soit complétement imbibée. Je suis persuadé que quelques-uns des accidents que l'on a signalés proviennent de ce qu'on n'emploie pas une dose suffisante de chloroforme.

3° Je verse le chloroforme sur un mouchoir de coton blanc et d'étoffe légère. Cette étoffe convient surtout quand elle est ancienne. Je le maintiens d'abord à la distance de deux ou trois pouces de la bouche du patient, en l'engageant à faire deux ou trois fortes aspirations ; alors j'approche le mouchoir de la face, mais sans jamais le mettre en contact avec le nez et la bouche. Je le maintiens dans cette position jusqu'à ce que l'éthérisation soit complète. Pour reconnaître ce point, il ne faut pas se borner à une seule circonstance, la pratique et l'habitude suffisent pour nous l'apprendre, et il serait impossible de tracer des règles sur ce sujet.

4° Alors j'éloigne le mouchoir de poche de la bouche, et, introduisant dans la bouche l'instrument que je tiens préalablement dans la main, j'arrache la dent aussitôt ; si plusieurs dents doivent être arrachées, ou s'il devient nécessaire de changer d'instrument, je recommence l'inhalation pendant quelques instants. Le choix du moment convenable et la rapidité de l'exécution, voilà le secret principal du succès.

5° Le plus grand nombre des sujets, lorsqu'ils sont sous l'influence du chloroforme, ont les mâchoires rapprochées, et il devient assez difficile de les leur faire écarter pour introduire l'instrument dans la bouche. On prévient cet inconvénient en plaçant entre les dents, avant de soumettre le patient à l'usage du chloroforme, un petit morceau d'ivoire ou de gutta percha. A l'appui de cette nécessité, M. Imlach rapporte le fait suivant :

Un de ses clients, se trouvant à Londres, se présente chez un des dentistes les plus célèbres pour se faire extraire trois ou quatre chicots. Celui-ci ne prit pas la précaution de placer un corps étranger entre les mâchoires et le rendit insensible trois ou quatre fois, mais il ne put lui arracher ses chicots parce que la sensibilité revenait toujours avant qu'il parvînt à lui ouvrir la bouche.

Certainement on pourrait prolonger les aspirations de chloroforme jusqu'à ce que les muscles de la mâchoire soient paralysés ; mais cela est tout à fait inutile pour pratiquer une opération qui ordinairement est si rapidement terminée. M. Imlach a vu un patient qui devint insensible, subit l'extraction de sa dent et reprit connaissance dans l'espace d'un peu plus d'une minute.

Une autre fois, ce chirurgien fut appelé près d'une jeune dame qui refusait de se faire arracher une dent à moins qu'on ne la jetât dans l'insensibilité, et on avait vainement essayé pendant une demi heure l'action du chloroforme Un mouchoir imbibé de chloroforme était approché de sa figure ; mais elle retenait sa respiration autant qu'elle le pouvait, et lorsqu'elle sentait le besoin irrésistible de respirer, elle se jetait de côté, repoussait le mouchoir et remplissait ses poumons d'air pur par deux ou trois fortes aspirations ; alors seulement elle permettait qu'on approchât de nouveau le mouchoir de sa figure. Le docteur Simpson, qui la chloroformait, s'aperçut de la cause qui retardait l'anesthésie, et quand la patiente tourna la tête, il fit suivre le mouvement au mouchoir et l'obligea ainsi à aspirer fortement le choloforme au moment où elle appelait sa mère qui était présente. Quelques instants suffirent pour amener l'insensibilité, et la dent fut enlevée sur-le champ.

M. Imlach n'a, d'ailleurs, jamais vu les patients conserver de la faiblesse et de la souffrance après avoir été soumis au chloroforme, à moins qu'ils ne fussent malades auparavant, ou qu'ils n'eussent souffert des dents pendant longtemps avec privation de sommeil.

---

29. *Note sur la sueur et sur l'urine des cholériques ; communiquée à l'Académie de médecine*, par le docteur MICHEL LÉVY, médecin en chef de Val-de-Grâce.

(Gazette médicale de Paris, N° 15 ; 1849.)

Dès le début de l'épidémie, nous avons porté spécialement notre attention sur les urines; celles de plus de cinquante individus ont été examinées et traitées par l'acide nitrique aux différentes périodes de la maladie.

Dans la plupart des cas de choléra grave, l'urine a donné par l'acide azotique un précipité d'albumine ; celle-ci persiste plusieurs jours dans les urines, et suit une progression décroissante ; après avoir fourni un précipité floconneux et comme tomenteux par l'effet de l'acide nitrique, elle exige, pour se manifester à l'œil, une addition plus faible du réactif ; celui-ci ne détermine plus dans l'urine qu'un nuage blanchâtre, une opalescence qui occupe la moitié, le tiers inférieur du liquide.

La diminution progressive de l'albumine a paru en rapport avec la décroissance des symptômes, et elle procure au pronostic un élément de quelque importance ; souvent nous avons pu affirmer, d'après ce signe, l'épuisement de l'influence épidémique et l'approche de la convalescence.

Chez quelques malades, la persistance de l'albumine dans les urines, coïncidant avec l'amélioration de leur état, nous a été un motif de défiance et de circonspection, justifié par le retour de quelques phénomènes inquiétant, tels que le refroidissement des extrémités, la chute rapide du pouls, la réapparition des selles blanches, etc.

Dans les réactions aiguës et franches, les urines perdent rapidement le caractère précédent pour devenir foncées, sédimenteuses, avec suspensions floconneuses qui tendent au fond. Ces urines contiennent fréquemment un excès d'acide urique et de l'urate d'ammoniaque, et elles sont critiques comme dans les affections inflammatoires, c'est-à-dire qu'elles sont suivies ou accompagnées d'une amélioration notable ; presque toujours il existe alors une sueur générale, abondante qui concourt avec une évidente efficacité à la solution favorable de la maladie.

Les traces de pus, rencontrées, dit-on, dans les calices après la mort, n'ont paru, d'après l'examen fait au Val-de-Grâce, être constituées que par du muscus et de l'épithélium.

La quantité des urines excrétées a beaucoup varié. La miction n'a été complétement supprimée que dans le quart environ des cas observés ; ce symptôme n'est point d'une gravité absolue. Nous

avons perdu des cholériques qui ont continué d'uriner, et vu guérir d'autres chez qui les urines ont manqué plusieurs jours. Il convient de signaler ici un fait qui n'a pas été mentionné : des cholériques, plongés dans la torpeur de l'état algide, oublient d'uriner ; d'autres, à réaction incomplète, ont besoin du secours du cathétérisme qu'ils ne réclament point ; trois de nos malades dont on croyait les urines supprimées ont été sondés et ont fourni, l'un 250 grammes, les deux autres plus d'un litre d'urine qui s'est montrée albumineuse par l'acide azotique.

Enfin, une sorte de diurèse se manifeste dans quelques cas graves et légers, et constitue la crise de ces états pathologiques ; deux, trois litres d'urine et plus sont excrétés dans la journée, et cette évacuation procure aux malades le même bénéfice que les sueurs douces et copieuses qui baignent les autres pendant deux ou trois jours.

La sueur des cholériques présente trois variétés distinctes :

1° Sueur algide ; c'est cette matière visqueuse, collante, qui sert d'enduit à la peau des cholériques dans la période de concentration.

2° Sueur de réaction ou spontanée ; elle commence par l'état halitueux de la peau qui redevient élastique et rétractile ; tantôt modérée et continue, elle se prolonge pendant plusieurs jours, avec un peu d'accélération circulatoire ; tantôt elle inonde le malade et dure moins ; dans les deux cas, la solution est assurée, sauf accident.

3° Sueur de réchauffement, ou provoquée ; elle manque rarement, quand le malade est soumis dans son lit, transformé en une cage close, à l'action du bain d'air chaud qui est, depuis le début de l'épidémie, notre agent préféré de calorification.

Si le retour du pouls radial coïncide avec cette sudation forcée, elle a pour le malade même efficacité que la sueur spontanée ; si le pouls ne reparaît point, la sueur comme le réchauffement du corps n'ont aucune valeur thérapeutique. Le cholérique, inerte et cyanosé, gît dans l'air chaud à 42° C., comme une masse de plâtre ; il subit passivement l'influence de cette température, et tend à s'équilibrer avec elle par sa périphérie ; la sueur, véritable suintement, ramollit, macère la peau et contribue à lui imprimer ces caractères si connus, que nous résumons par l'expression de *peau argileuse*, et la mort survient, le thermomètre appliqué à la peau donnant 27° à 28° C.

C'est donc là un réchauffement purement physique qu'il faut distinguer du réchauffement vital, dû au réveil simultané de la circulation périphérique et de la caloricité.

Le pouls est le régulateur de toute cette médecine de réchauffement et de stimulation qui se fait autour des cholériques à l'état algide et cyanique.

---

30. *Sur les selles des cholériques traités dans le service de M. Michel Lévy.* (Note de M. Masselot, chef de clinique.)

(Gazette médicale de Paris, N° 16 ; 1849.)

Dans la séance du 3 avril, M. Mialhe a lu à l'Académie de médecine un travail dans lequel il établit que les déjections stomacales et intestinales des cholériques ne renferment point d'albumine, mais seulement de l'albuminose, substance qui ne se coagule point sous l'influence de la chaleur et de l'acide nitrique.

Les recherches qui ont été faites à la clinique du Val-de-Grâce, sur la nature du liquide sécrété par la muqueuse intestinale dans le choléra, ne permettent point d'accepter le jugement absolu porté par M. Mialhe.

En effet, chargé par M. le professeur Michel Lévy de faire l'analyse des déjections alvines des cholériques et des liquides trouvés dans l'intestin après la mort, nous avons obtenu des résultats bien différents de ceux annoncés par M. Mialhe.

Les expériences qui servent de base à cette note ont été contrôlées avec soin au laboratoire de chimie du Val-de-Grâce.

Nous avons recueilli les matières rendues par 19 malades; nous les avons soumises à la filtration, et nous avons obtenu un liquide transparent, diversement coloré, qui a été traité par l'acide nitrique et par la chaleur.

Dans 12 cas, l'acide nitrique et la chaleur ont déterminé un précipité blanc, grumeleux, caillebotté, plus ou moins abondant.

Dans 3 cas, l'acide a produit un nuage blanc assez épais, soluble dans un excès d'acide, et la chaleur a fait prendre à la liqueur une teinte laiteuse assez prononcée.

Dans 4 cas, le liquide n'a été troublé ni par l'acide nitrique ni par la chaleur.

Dans ces derniers cas, la maladie était au début, et les selles, peu abondantes, étaient formées par un liquide séreux, transparent, avec dépôt de flocons légers, comme pelliculaires.

Deux fois on a fait évaporer à siccité au bain-marie 128 grammes 6 décigrammes de ce liquide filtré, et l'on a obtenu pour résidu une fois *un* gramme, une fois *un* gramme et *quatre* décigrammes de parties solides, qui se sont présentées sous l'apparence d'une pellicule semi-transparente, un peu jaunâtre. Pendant la durée de l'évaporation, la liqueur ne s'est point troublée.

Si ces déjections alvines contenaient de l'albuminose, c'était

donc en très-petite portion. J'ai toujours vu la quantité du résidu de l'évaporation en rapport avec l'abondance des précipités déterminés par l'acide nitrique et par la chaleur.

Dans 9 cas terminés par la mort, le liquide trouvé dans l'intestin a été soumis aux mêmes recherches.

Dans 6 cas, l'acide azotique et la chaleur ont déterminé des précipités blancs, caillebotés, très abondants.

Dans 1 cas, le précipité a été peu abondant.

Dans 2 cas, le liquide a donné à peine des traces d'albumine. Mais il faut remarquer que ces deux derniers résultats ont coïncidé avec l'extrême rareté des selles pendant la vie, et il n'est pas moins remarquable que, dans ces mêmes cas à déjections rares, brunes et bilieuses, les lésions intestinales étaient très-peu marquées ; il y avait fort peu de psorenterie. Quelques follicules seulement étaient légèrement tuméfiés.

Dans 4 cas, nous avons déterminé la quantité d'albumine contenue dans les selles pendant la vie, et dans le liquide intestinal après la mort. Voici les résultats des analyses faites sur les liquides qui ont donné les précipités les plus abondants par la chaleur et l'acide nitrique.

Après la mort.			Pendant la vie.
1° 4,241	d'albumine pour	100.	2,211
2° 3,422	—	—	2,001
3° 3 056	—	—	1,456
4° 2,221	—	—	1,113

Dans 2 cas très-rapidement mortels, et dans lesquels les déjections alvines, peu abondantes, séreuses, ne contenaient pas d'albumine, le liquide intestinal, soumis à la filtration après la mort, a donné un liquide transparent, précipitant assez abondamment en blanc par la chaleur et par l'acide nitrique.

En général, nous avons trouvé la proportion d'albumine en rapport avec la viscosité et la coloration jaunâtre des évacuations alvines ; celles qui, comme dans la dyssenterie, avaient quelque analogie avec la lavure de chair, en donnaient la plus forte porportion.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 200e VOLUME.

10e SÉRIE, TOME IV. — AVRIL 1849.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Mémoire sur la conservation de l'ouïe ; par le docteur *Schmalz*. 181
Rapports semestriels des hôpitaux et infirmeries. 193
Quelques réflexions sur l'ophthalmie gonorrhoïque ; par le docteur *E. Henrotay*. 205
Observations météorologiques faites à l'observatoire royal de Bruxelles, pendant les mois de février et mars 1849. 210-251
Extrait du bulletin de l'Académie royale de médecine. — Séance du 24 février 1849. 211

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

II. HYGIÈNE, DIETETIQUE, PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

HYGIÈNE. — 1. Note sur le Mémoire de M. A. Pellieux ; par M. *H. Gaultier de Claubry*. 1

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALES.

PATHOLOGIE INTERNE. — 2. Revue clinique du choléra. (*Suite.*) 3
3. Morve aiguë, méconnue pendant la vie ; par M. le docteur *Mengus*. 29
4. Recherches sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux considérées comme causes de mort subite ; par le docteur *F. A. Aran*. (*Suite.*) 32
20. Observations d'hystérocèle ; par M. *Bell*. 251
THÉRAPEUTIQUE. — 5. Du traitement de la suette miliaire grave ; extrait d'une lettre de M. le docteur *Taufflieb*. 43
6. Note sur le traitement de la période comateuse du choléra ; par M. le docteur *Worms*. 45
7. Traitement du choléra-morbus asiatique ; par le docteur *Felix Halin*. (*Suite.*) 54
8. De l'emploi du sous-nitrate de bismuth à haute dose, dans le traitement des affections gastro-intestinales et de la cholerine ; par M. *Monneret*. 66
19. Sur l'emploi du bichlorure de mercure dans l'hypertrophie et l'induration du col de l'utérus ; par M. *Oldham*. 248
24. Note sur une mixture de camphre et de chloroforme ; par MM. *T.* et *H. Smith*. 259

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

MALADIES DES ENFANTS. — 9. Études sur le rachitisme des enfants du premier âge ; par *A. Trousseau* et *C. Lasègue*. 73

10. De la coqueluche et de son traitement ; par le docteur *Luroth*. (*Suite et fin.*) 96
11. Recherches sur la maladie scrofuleuse spécialement chez les enfants ; par le docteur *Hérard*. 113

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 12. Discussion clinique sur plusieurs observations de hernie étranglée ; par le docteur *Lucien Boyer*. 128
23. Plaie de poitrine, pénétrant dans le ventricule droit du cœur ; par M *Trall*. 256
MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 13. Mémoires sur quelques questions relatives à la désarticulation de la jambe ; par le docteur *A. Ollaynier*. (*Suite et fin.*) 143
21. Abcès aigu du foie ; ouverture par la lancette ; guérison ; par le docteur *William M'Lean*. 252
22. Sur le traitement du varicocèle par la compression ; par M. *Ramsay Thomson*. 254

VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

MALADIES MENTALES. — 14. Réflexions sur une affection nerveuse complexe et difficile à caractériser ; par M. le docteur *Mérier*. (*Suite et fin.*) 151

IX. MALADIES SYPHILITIQUES.

15. Recherches sur les syphilides d'après des observations recueillies à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Ricord ; par *T. E. Leudet*. (*Suite et fin.*) 166
16. Des ulcérations syphilitiques primitives du col de la matrice ; par M. *Grivot Grandcourt*. 177

XII. GÉNÉRALITÉS.

17. Conditions géologiques et hydrographiques qui favorisent le développement de la marche du choléra asiatique ; par le docteur *Fourcault*. 192

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

18. Extrait du rapport adressé à M. le délégué du Gouvernement provisoire sur les traitements orthopédiques de M. le docteur Jules Guérin, à l'hôpital des Enfants, pendant les années 1843, 1844 et 1845 ; par une commission composée de MM. *Blandin*, *P. Dubois*, *Jobert*, *Louis*, *Rayer*, et *Serres*. — Président, M. *Orfila*. 205

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE nationale des Sciences de Paris. (Séances des 19, 26 février, 5, 12 et 19 mars.) Grandes ventouses. — Usages du suc pancréatique dans la digestion. 216 — Sur l'exhalation de l'acide carbonique dans l'état physiologique et dans l'état de maladie. 217. — Recherches expérimentales sur le chloroforme. 218. — Causes des bruits du cœur. 219. — Nouveau procédé pour l'application du mercure métallique sur la peau. — Usage physiologique du suc gastrique. 221. — Douches froides appliquées au traitement des maladies utérines. 222. — Choléra. — Sur quelques points de la théorie des mouvements du cœur. 224.

ACADÉMIE nationale de médecine de Paris. (Séances des 20, 27 février, 6, 13 et 20 mars (Homœopathie. 225 — Choléra. 227. — Absorption des substances insolubles. — Emploi de la poudre de charbon végétal dans les affections nerveuses de l'estomac. 228 — Blennorrhagie uréthrale chez un malade ayant une division du canal en avant de l'angle pénoscrotal. 230. — Méningite cérébro-spinale. 232. — Choléra de 1848-1849. 235. — Premiers signes du choléra et premiers soins à donner à ceux qui en sont atteints. 236. — Instruction sur le choléra. 240. — Éléphantiasis anesthésique (Lèpre des colonies.) 247.

MÉLANGES.

25. Sur une particularité de l'humérus et de l'artère humérale; par M. *Struthers*. 259
26. De l'anatomie pathologique des reins; par le docteur *Gairdner*. 261
27. Société de biologie. — Compte rendu des séances pendant le mois de janvier 1849, par le docteur *Lebert*. 262
28. Observations sur l'emploi du chloroforme dans la chirurgie dentaire. 272
29. Note sur la sueur et sur l'urine des cholériques; communiquée à l'Académie de médecine, par le docteur *Michel Lévy*. 275
30. Sur les selles des cholériques traités dans le service de M. Michel Lévy. (Note de M. *Masselot*.) 277

TABLE

DES MATIÈRES PAR ORDRE DE JOURNAUX. —200e VOLUME.

10e SÉRIE, TOME IV. — AVRIL 1849.

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE (janvier 1849).

Gaultier de Claubry (H.). Note sur le Mémoire de M. A. Pellieux. 1

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES (septembre 1848).

Mérier. Réflexions sur une affection nerveuse complexe et difficile à caractériser. 151

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (mars, avril 1849).

Aran. (F. A.) Recherches sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux considérées comme causes de mort subite. 32
Trousseau (A.). et *Lasègue* (C.). Études sur le rachitisme des enfants du premier âge. 73
Hérard. Recherches sur la maladie scrofuleuse spécialement chez les enfants. 113
Leudet (T. E). Recherches sur les syphilides d'après des observations recueillies à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Ricord. 166

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (Nos 9, 12, 14, 15, 16; 1849).

Revue clinique du choléra. 3
Worms. Note sur le traitement de la période comateuse du choléra. 45
Hatin (Félix). Traitement du choléra-morbus asiatique. 54
Monneret. De l'emploi du sous-nitrate de bismuth à haute dose, dans le traitement des affections gastro-intestinales et de la cholérine. 66

Ollagnier (A.). Mémoires sur quelques questions relatives à la desarticulation de la jambe. 143
Fourcault. Conditions géologiques et hydrographiques qui favorisent le développement et la marche du choléra asiatique. 192
Blandin, *Dubois* (P.), *Jobert*, *Louis*, *Rayer*, *Serres* et *Orfila*. Extrait du rapport adressé à M. le délégué du Gouvernement provisoire sur les traitements orthopédiques de M. le docteur Jules Guérin, à l'hôpital des Enfants, pendant les années 1843, 1 44 et 1845. 205
Lebert. Société de biologie. — Compte rendu des séances pendant le mois de janvier 1849. 262
Lévy (Michel). Note sur la sueur et sur l'urine des cholériques ; communiquée à l'Académie de médecine. 275
Masselot. Sur les selles des cholériques traités dans le service de M. Michel Lévy. 277

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG (mars 1849).

Mengus. Morve aiguë, méconnue pendant la vie. 29
Tauffleb Du traitement de la suette miliaire grave. 43
Luroth. De la coqueluche et de son traitement. 96

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES (janvier 1849.)

Observations sur l'emploi du chloroforme dans la chirurgie dentaire. 272

REVUE MÉDICALE (janvier 1849.)

Boyer (Lucien). Discussion clinique sur plusieurs observations de hernie étranglée. 128

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE (mars 1849.)

Grivot Grancourt. Des ulcérations syphilitiques primitives du col de la matrice. 177

JOURNAUX ANGLAIS.

GUY'S HOSPITAL REPORTS.

Oldham. Sur l'emploi du bichlorure de mercure dans l'hypertrophie et l'induration du col de l'utérus. 248

MONTHLY JOURNAL OF MED. SC.

Bell. Observations d'hystérocèle. 251

M'Lean (William). Abcès aigu du foie : ouverture par la lancette ; guérison. 252
Ramsay Thomson. Sur le traitement du varicocèle par la compression. 254
Trall. Plaie de poitrine pénétrant dans le ventricule droit du cœur. 2[illegible]6
Smith (T.-H.). Note sur une mixture de camphre et de chloroforme. 259
Struthers. Sur une particularité de l'humérus et de l'artère humérale. 2[illegible]9
Gairdner. De l'anatomie pathologique des reins. 261